ANUL XVII-lea, No. 5-6-7 MAI—IULIE 1944

ACTA MEDICA ROMANA

- MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

P-r C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din România

P-r M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

P-r C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, din Paris şi din Roma

P-r D. DANIELOPOLU
S-tar g-ral al Academiei de Med. din România. Membru al Acad. de Med. din Paris

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medeçina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

P-r IONESCU - MIHĂEŞTI
Director al Inst. „D-r I. Cantacuzino", Membru al Acad. de Med. din România

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur Membru al Academiei de Medicină din Paris

P-r ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

P-r C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

NECROLOG

ST. IRIMESCU: **Un mare animator şi un mare dascăl — Profesorul Rainer** 309

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: **Conduita de observat faţă de rănile şi faţă de răniţii de război** 311

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

GH. BĂJEU: **Cura zisă radicală în prolapsul genital total** . 315

A. MOGA şi C. MEŢIANU: **Leucemia cu polinucleare neutrofile** 325

CONST. LUPESCU: **Tratamentul meningitei cerebro-spinale cu compuşi sulfamidici per os** 341

M. POPLUCA şi I. BIRĂU: **Consideraţiuni asupra cancerului penian în legătură cu două cazuri recent operate** 351

I. RADVAN: **Fonction du foie dans le paludisme** . . . 371

M. TEŞOIU: **Tratamentul varicelor prin fleboscleroza cu ser hipertonic clorurat** 379

(Urmare pag. 2 cop.)

5945 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

N. I. ZAHARIA: **Valoarea vitezei de sedimentare la câțiva bolnavi cu icter** 385

FAPTE CLINICE

F. PĂUNESCU: **Autourinoterapia în tabes** 393

ST. MATACHE: **Contribuțiuni la tratamentul sicozei simple** . 396

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Chirurgia Românească** — Partea II 400

MEDICINA SOCIALA

EUG. NUȚIU: **Difuziunea infecției tuberculoase în mediul rural și combaterea ei** 415

ST. MATACHE: **Practica ilicită a medicinei în România** . . 424

NOTE TERAPEUTICE

G. D. VINTILĂ: **Un nou desinfectant în Obstetrică „Sagrotan".** 432

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Prof. D-r V. PAPILIAN și D-r I. G. RUSSU: **Notă complimentară la articolul „Cercetări asupra circulației hipofizei"** 435

Situația privind mișcarea bolnavilor și rezultatele medicale obținute la Sanatoriul Moroeni în intervalul de timp dela 1 Aprilie 1943—1 Aprilie 1944. 436

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Colaboratori... pag. 301. — **Din sumarele viitoare...** pag. 302. — **Lucrări primite la redacție...** pag. 304. — **Publicitate farmaceutică...** pag. 306. — **Condițiile de publicare, publicitate și abonament...** pag. 308.

CENZURAT

ANUL AL XVII-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 5-6-7/1944

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Buc.), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Buc.), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Bucureşti), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Prof. P. NICULESCU (Bucureşti), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iaşi), Conf. AL. CRĂINICEANU (Bucureşti), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti), Agregat G. MARINESCU (Bucureşti), Prof. D. MANOLESCU (Bucureşti), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Iaşi), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.

următoare

V. GOMOIU: Chirurgia românească (urmare). Partea III-a.

P. COSAC şi ŞT. CARCIUMARESCU (Braila): Asistenţa medicală la sate şi medicul de plasă.

I. RADVAN (Bucureşti): Intolerance hepatique et sulfamidotherapie. Ictere sulfamidique precoce. — Sur l'emploi de l'ephedrine dans le traitement coadjuvant du paludisme.

I. GHITEA (Alba-Iulia): Raport asupra stării de sănătate a Moţilor din jud. Alba.

LELIA STOIAN şi ILARIE POPESCU (Tg.-Jiu): Studiul statistic pe 10 ani, în 10 comune din circ. Turceni şi Borăscu-Gorj. Morbiditate, cauze de decese, pe grupe de vârste şi sexe.

N. ZAHARIA (Fălticeni): Frecvenţa sezonieră a pneumoniei lobare acute.

Prof. T. VASILIU (Sibiu): Raport asupra învăţământului anatomiei patologice în Facultăţile de Medicină şi modificările ce s'ar impune.

AMELIA DEMETRESCU (Craiova): Facerea în lumina actuală, facerea dirijată.

H. MAKELARIE (C.-Lung): Asupra tratamentului fizioterapic al astmului prin aer comprimat la băile Kreţulescu din Câmpulung. — Diciologia medicală. — Asupra hemoragiilor uterine ce însoţesc expulsia placentei.

Prof. GH. TUDORANU (Iaşi): Contribuţiuni la studiul asociaţiei diureticelor cu medicaţia acidă şi alcalină.

T. SPĂTARU şi A. MĂCELARIU: Activitatea Dispensarului mobil 42 în teritoriile recucerite în 1941—1942.

Prof. C. MOTAŞ: Imaginaţia în ştiinţă.

M. COPĂCEANU (Oraviţa): Tratamentul cervicitelor cronice cu Filhos.

GH. CORONDAN şi AL. POP (Sibiu): Anomalie musculară rară. — Ridicătorul glandei tiroide.

ŞT. MATACHE (T.-Severin): Coincidenţa: Eritrodermie neo-salvarsanică şi scabie.

Prof. EM. ŢEPOSU, M. POPLUCA şi I. BIRĂU (Sibiu): Neoplasmele testiculare.

V. SĂBĂDEANU (Brăila): Obstrucţia canalului lacrimo-nasal în legătură cu un focar infecţios dentar. — Valoarea semiologică a stazei papilare.

V. GASNAŞ (Brăila): Oportunitatea terapeuticei naturaliste în pediatrie în special şi în medicina internă în general.

AL. LAMBESCU (Timişoara): Note de chirurgie de război. a) Suspensia la Zenit în tratamentul fracturilor deschise şi greu infectate ale oaselor antebraţului, dupe plăgi de război. b) Rezecţia intra-febrilă a genunchiului pentru plăgi de război cu fractura condililor şi artrita supurată.

GH. GRAMA (Craiova): Tumoră rară a glandei parotide, operată şi vindecată fără sechele.

AL. DANIEL şi FLORICA GRAMĂ (Craiova): Sulfamidele în tratamentul blenoragiei.

V. GASNAŞ (Braila): Progresele făcute în ultimele decenii în domeniul diagnosticului şi tratamentului bolilor inflamatorii ale căilor biliare.

N. I. ZAHARIA şi A. ZWIECK (Fălticeni): Consideraţiuni asupra unui caz de zona zoster. — Trombo-flebita sinusului cavernos şi meningita meningococică.

C. V. ANTONESCU şi ROMOLA GRAPINI (Sibiu): Activitatea ambulanţei de radiologie dela Oficiul Asigurărilor Sociale din Sibiu pe anul 1943—1944.

CALCIMEL

Soluţie titrată şi stabilizată de Clorură de Calciu deshidratată.

40 Picături = 1 gr. Ca. Cl_2 cristalizat

INDICAŢIUNI:

Hemostatic
Recalcifiant
Declorurant
Anticlasic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POSOLOGIE:

ADULŢI: 3 × 40 picături zilnic
COPII: 10 picături de an pe zi în apă sau lapte îndulcit.

PREZENTARE:

Flacoane a 125 gr. = 5000 pic.

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanţa Generală:

UZINELE SANITARE PAULESCU - GEROTA - ŞUMULEANU

Bucureşti, Calea Griviţei 67 — Telefon 4.98.08.

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI
PRIMITE LA REDACȚIE *)

OD. APOSTOL: Turburările personalității. 1944.

ȘERBAN MILCOVEANU: Malaria pe front și tratamentul sterilizant. — Extras din România Medicală No. 7/1944. București, Imp. „Curentul", 1944.

ȘERBAN MILCOVEANU: Paralizie radială parțială stângă, consecutivă unei injecții chinină-urethan în braț. — Extras din Spitalul No. 10/1943. București. Tip. „Cultura", 1944.

ȘERBAN MILCOVEANU: Sifilisul pe front. — Extras din Rev. de Igienă Socială, Anul XIV, No. 1—2/1944.

ȘERBAN MILCOVEANU: Date asupra intoxicației cyanhidrice și a tratamentului ei pe câmpul de luptă. — Extras din Rev. „România Medicală" No. 21/1943.

G. BANU: Tratat de medicină socială, Vol. III, Asistența socială. — Casa Școalelor, 1944.

AL. CRAINICEANU: Le dosage de l'hormone sexuelle masculine par un test biologique. — Analele Academiei Române, Tomul XVIII, „Monitorul Oficial și Impr. Statului, Impr. Națională", București, 1943.

V. GEORGESCU, ALEX. POP și N. STAMATIN: Sulfamidele și Sulfamidoterapia în Medicina Veterinară. — Tip. Soc. Cooperative „Oficiul de Librărie", București, 1944.

OCT. FODOR: Concepții noi în icterul cataral. — Tip. „Cartea Românească" din Cluj, Sibiu, 1944.

E. BOLOGA: Hormonii în Dermatologie. — Extras din Rev. „Spitalul", No. 10/1943.

EMIL COLBAZI și EMIL I. BOLOGA: Activitatea secției de boli de piele, venerice și sifilis a spitalului Gh. Mârzescu; Spitalul de Boli Sociale din Brașov, în ultimii 10 ani (1 Ianuarie 1933—1 Ianuarie 1944), Inst. grafic „Dacia Traiană" s. a., Sibiu 1944.

MARIN TEȘOIU: Osteomielita, anatomie, clinică, terapeutică, cu o prefață de Prof. E. Sorrel-Paris, — Tip. Remus Cioflec, Buc. 1944.

GRIGORE DAVIDESCU: Clinică Oftalmologică Practică, volumul I, cu o prefață de Prof. D-r D. Manolescu, — Tip. „Cartea Românească" s. a., București, 1944.

M. CIUCA, L. BALLIF et M. CHELARESCU: Contribution à l'étude de l'immunité dans l'infection paludéenne expérimentale, observations recueillies sur 41 sujets immunisés, — (Extrait Archives Roumaines de Pathologie Expérimentale et de Microbiologie), — Monit. Oficial și Impr. Statului, Impr. Națională. — Buc. 1944.

INST. CANTACUZINO: Manual de Boli Infectioase cu noțiuni de profilaxie, seroterapie și vaccinațiuni, Ediția II, — Biblioteca Universitară, Fund. Regală pentru literatură și artă.

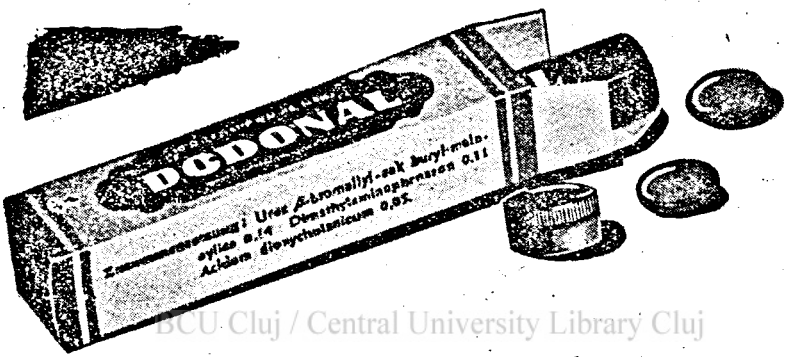
V. ILEA: Anuarul Spitalului de Stat din Lugoj, 1942—1943. — Raport de activitate și comunicări, Tip. „Corvin" Lugoj.

Prof. D-r FRITZ STARLINGER: Greșeli și pericole în chirurgia de războiu, traducere din limba germană de D-r P. Băjeu, „Ramuri", Craiova, 1944.

---

*) Din cauza greutăților de tipar și a reducerii cuprinsului revistei, prezentarea către publicul medical românesc a acestor lucrări se va face în numerile viitoare.

Dodonal



BCU Cluj / Central University Library Cluj

INLĂTURĂ AGRIPNIA ŞI
IN CAZURI DE DURERI

PENTRU TRATAMENTUL PERORAL IN TUBURI CU CÂTE 10 DRAGELE à 0,3 Gr.

Riedel de Haën Aktiengesellschaft

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK, BUCUREŞTI III, STRADA GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Karanum „Merck"	314
R. FOREK: Combetin-Myocombin „Boehringer-Soehne"	349
— — : Perlatan Calcium „ „	350
— — : Piridium „ „	391
— — : Flavolutin „ „	399
— — : Noctal „Riedel"	414
— — : Dodonal „Riedel"	305
— — : Iminol	423
— — : Aburi Tămăduitori „Atmos"	323
— — : Leucotropin „Atmos"	324
KNOLL: Calcium-Diuretin	313
LAB. CRINOTERAPIC: Calcimel	303
— — : Stenopitan	378
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	Cop. III
— — : Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	359
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	434
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	360
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	383
— — : Calcifix, Anemoton „Gamma"	377
— — : Ulmara „Gamma"	339
— — : Silental „	322
SANDOZ: Calcibronat	390
SPECIA: Novarsenobenzol „Billon"	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	370
STANDARD: Mandelat „Asta"	340
— — : Quadronox „Asta"	392
— — : Opocalcium, Agocholine „Zizine"	431
— — : Iodamelis-Opoiodamelis „Logeais"	384
TRANSMARE: Sagrotan	432

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Necrolog

UN MARE ANIMATOR ŞI UN MARE DASCĂL PROFESORUL RAINER

A dispărut un om de vastă înţelegere, un umanist şi un enciclopedist de o erudiţie enormă, o mare conştiinţă în felul cum îşi îndeplinea îndatoririle în toate împrejurările vieţii, de o corectitudine care mergea până la severitate, intransigent în atitudini şi concepţii pentru a nu se abate dela linia dreaptă a convingerilor lui.

In vremurile cumplite pe care le traversăm, intelectualii prin sensibilitatea lor supraexcitabilă, devin şi mai uşor victime ale consecinţelor care decurg din ele.

Lovit de o afecţiune gravă, Rainer îşi păstra inteligenţa intactă şi ar fi putut încă aduce contribuţii de muncă de un mare interes ştiinţific şi general prin încordarea lui de voinţă, lucrând continuu, ca o diversiune dela suferinţele lui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'unul din atacurile aeriene din timpul din urmă, locuinţa lui a fost bombardată. Căminul din care-şi făcuse un cuib de odihnă şi de artă a fost lovit şi bombe incendiare i-au distrus în parte biblioteca.

Fiind surprins aproape singur în casă a cărat apă ca să localizeze incendiul. O pneumonie s'a declarat. A fost episodul final al traiului lui chinuit. Işi poate închipui oricine tragedia acestui om, care-şi da perfect seama, lucid, că boala lui iniţială agravată prin complicaţia care se adăogase, nu iartă şi se simţea murind, când avea încă un program de realizat, pe care şi-l rezervase şi-l executa cu metodă şi sistem, aşa cum lucrase toată vieaţa ca să-l ducă la împliniri. Senin, încuraja pe cei din jurul lui, liniştindu-i ca şi cum nu se întâmpla nimic şi a murit astfel ca un înţelept, pentru care şi moartea era un fenomen natural produs de inexorabilele legi ale existenţelor omeneşti.

E un mare doliu pentru intelectualitatea românească.

Dela începuturile studiilor lui, dovedise mari aptitudini ca să-şi îmbogăţească cunoştinţele şi dobândise o mare faimă printre colegii lui, pentru competinţa pe care o avea în cercetările anatomo-patologice. Posedând un adevărat instinct pedagogic şi didactic, dintr'un simţ de altruism foarte desvoltat, împărtăşea tuturor celor ce făceau apel la el, rezultatul unor studii amănunţite care deschideau largi perspective pentru clinică şi laborator. A fost în felul acesta un mare dascăl o vieaţă întreagă, înainte chiar de a deveni titularul catedrei de anatomie la Iaşi

şi apoi la Bucureşti, ilustrând aceste catedre prin modul cum îşi preda cursurile, ca să le facă cât mai atrăgătoare prin incursiuni în domeniul biologiei, embriologiei, patologiei etc..

Am lucrat împreună un număr de ani la sanatoriul Filaret, unde i se încredinţase conducerea unei secţiuni. Rainer a venit acolo dintr'un sentiment de compasiune pentru suferinţele bolnavilor. El ar fi putut să devină şi un clinician desăvârşit, dacă-şi îndrepta activitatea în această direcţie, având toată pregătirea şi corespunzând definiţiei pe care o da Virchow medicilor care ca să fie cu adevărat buni, trebuo să ştie să gândească anatomiceşte (se poate spune acum şi biologiceşte). Cei mai mulţi din medici dacă au ştiut anatomie au avut timp să o uite în vârtejul ocupaţiilor profesionale. Rainer îşi întreţinea şi îşi complecta cunoştinţele printr'o asiduă şi continuă muncă în acest domeniu, cu multiplele lui înfăţişări. Structurii funcţionale a organelor i-a acordat o deosebită atenţie, punând în relief mare importanţă pe care o are.

Pasionat ca să-şi prepare cursurile şi să alcătuiască muzeul de antropologie, creaţie unică care depăşeşte prin organizarea lui instituţiile similare din alte ţări de mai veche cultură, el nu are publicaţii decât relativ puţine. Era prea exigent faţă de el şi dorind să le dea o redacţie cât de desăvârşită după minuţioase verificări întârzia să le formuleze. A lăsat însă documente preţioase care constitue un voluminos dosar pentru urmaşii lui.

A făcut şcoală. Mulţi dintre anatomiştii de seamă dela noi care ocupă locuri în învăţământul universitar s'au format la această şcoală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Socrate, nici el în vremurile clasicismului elin nu e cunoscut ca autor de lucrări, ci prin elevii lui care i-au răspândit prelegerile cu o adâncă pietate şi evlavie dintr'un cult al marelui lor dascăl.

Comunicările pe care la intervale le făcea Rainer la Academia de Medicină sunt un exemplu de claritate prin lumina pe care o proectează în diferite domenii ale medicinei.

A luat parte conducând o echipă la campania organizată de Institutul de sociologie pentru cercetări şi anchete în lumea satelor, publicând o monografie excelentă, cuprinzând studii mai cu deosebire asupra conformării craniului care poate servi drept tip pentru acest capitol demografic şi sanitar. El dovedea astfel cât interes punea pentru ridicarea la un nivel de bună stare materială şi morală pe lângă cel de sănătate a populaţiei rurale.

Rainer a fost înainte de toate un animator. Conferinţele pe care le da au avut un mare ecou prin înalta lor ţinută. A fost astfel un apostol pentru răspândirea noţiunilor esenţiale de biologie cu un fond de etică în păturile largi ale nouilor generaţii. La aceste conferinţe participau şi oameni încărunţiţi, intelectuali de toate categoriile, avizi să-şi complecteze cunoştinţele, admiratori ai prelegerilor lui.

Dintr'un îndemn sacru al sufletului lui mare şi după ce se retrăsese dela catedră a continuat să dea cursuri libere urmărite de un public numeros care se îmbulzea să-l asculte când conferenţia.

Asupra diferitelor probleme de biologie, asupra literaturii în general — cunoştea opera lui Goethe, ca şi cei mai complecţi biografi şi comentatori ai lui — asupra şcoalelor de pictură din diferite epoce,

stabilind o legătură între anatomia personagiilor din tablouri şi modul cum erau realizate artistic — el prezinta consideraţii noi şi originale care rivalizau cu cele ale celor mai competenţi cercetători asupra aceloraşi subiecte. A fost astfel un umanist în sensul care se dă acestui epitet pentru oamenii Renaşterii, care cuprindeau în înţelegerea lor toate ramurile cunoştinţelor vremii în care trăiau. Cu cât mai grea e această înţelegere acum, când cunoştinţele au devenit atât de întinse şi de complexe şi presupune creere şi mai puternice pentru a le asimila!

Convorbirile cu el erau o desfătare şi uimeau prin desfăşurarea de o intensă varietate a orizonturilor pe care le deschidea.

Un cult se formase pentru marele dascăl care a fost Rainer. El nu trebue să se piardă. Se vor găsi elevi şi admiratori care să-l întreţină şi să publice într'o formă accesibilă tuturor ceea ce au auzit dela el.

Muzeul de antropologie pe care l-a fundat trebue să fie un templu pentru celebrarea acestui cult. Numele lui Rainer rămâne strâns legat de un moment superior al culturii româneşti pe care a servit-o cu credinţă şi entuziasm ca să o ridice la o treaptă cât mai înaltă.

Pe răbojul istoriei cu atât mai mult că, aşa cum a fost toată viaţa a voit să fie înmormântat în aceeaşi atmosferă de discreţie, fără nicio pompă pe care o socotea deşartă, şi fără cuvântări, numele lui trebue să fie însemnat chiar de acum ori cât în goana evenimentelor care ne absorb dela orice preocupări, amintirea chiar a oamenilor mari riscă să fie întunecată şi obnubilată.

D-r S. Irimescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Discret şi sobru, cum şi-a trăit viaţa; fără decor şi fără onoruri, de care n-a făcut caz niciodată — a murit un mare medic român; un anatomist desăvârşit, care a început prin a practica anatomia patologică şi a sfârşit prin a desprinde anatomia funcţională; un umanist de o cultură universală; un caracter; o puternică personalitate.

In numele Presei medicale româneşti aduc un pios omagiu Prof. Fr. Rainer şi legământul de a perpetua cultul amintirei sale.

D-r M. Cânciulescu

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

Corespondența cu privire la chestiuni de *Redacție și Ad-ție* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ții Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană și italiană.

Se refuză articolele de polemică personală, cași cele apărute într'o altă revistă din țară.

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăși 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 1000 lei pagina.

Pentru *Extrase*, al căror număr se va indica, tariful este:

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

Costul clișeelor ca și al planșelor în afară de text, din revistă și din extrase, privește pe autor.

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în românește, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunțurile publicitare se angajează direct și numai prin Ad-ție, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Studenți
„ 2.000 „ Medici
„ 3.000 „ Instituțiuni și Autorități

Abonamentul se trimete *anticipativ*, prin mandat poștal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei și în fața creșterii continui a prețurilor — pentru a asigura apariția regulată a revistei, Ad-ția este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale și la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.

CONDUITA DE OBSERVAT FAȚĂ DE RĂNILE ȘI FAȚĂ DE RĂNIȚII DE RĂZBOIU

Tratarea subiectului de față a făcut-o adâncit D-l Prof. Fritz Starlinger, chirurg-șef și chirurg sfătuitor al unei armate germane, în cartea **Greșeli și pericole în chirurgia de război**, carte pe care a tradus-o din limba germană D-l D-r G. Băjeu, chirurg primar la spitalul din Tg.-Jiu. Subiectul se încadrează în locul cel mai potrivit în cadrul „Rolul medicului și al medicinei în războiu", care a fost desbătut în mai multe cronici medicale.

Autorul care a practicat 20 ani chirurgia de urgență, era indicat să devină chirurgul de războiu de mai târziu, chemat oficial să dea sfaturi, post nou creiat în armata germană, asupra tratamentului chirurgical dela primul post de ajutor până la spitalul de războiu din cuprinsul unei armate; dela cortul de operație sau casa de țară, improvizată în sală de operație, până la spitalul din zona interioară, bine înzestrat din timp de pace; — precum și asupra practicei medicinei în legătură cu situația tactică a conducerii operațiilor pe teren.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cuprinsul începe cu expunerea greșelilor și pericolelor în transport; — trece pe rând la greșelile și pericolele de evitat în anestezie; în tratamentul preoperator; la încrederea psichică și realizarea ei; în lupta contra căldurii și frigului; în imobilizare și tehnica bandajului; în primul tratament operator al plăgilor; la indicații și diagnostic; cu privire la intervenții în general și la intervențiile partticulare pe craniu, pe gât, pe coloana vertebrală, pe măduva spinării, în afară și înăuntrul cutiei toracice, pe abdomen, pe pelvis, pe organele urogenitale, pe membre; cu privire la tratamentul postoperator; cu privire la îngrijirile personalului; la întrebuințarea și ținerea materialului; cu privire la unele măsuri speciale de luat pentru diminuarea greșelilor și prevenirea pericolelor în chirurgia de război; — și încheie afirmând că în lupta cu **Epidemia traumatică** deslănțuită în acest război — pe pământ, în aer și sub apă — **medicul și chirurgul de război** nu poate scăpa înfrângerilor, dar le poate suporta, când **deplin conștient va putea să afirme că n'a greșit cu bună știință.**

*

Dar nici din ignoranță; și din nepăsarea mai condamnabilă.

Scuza că n'a greșit cu bună știință nu este mulțumitoare. Se mai poate greși din ignoranță (lipsă de cunoștiințe); din suficiență (un prea plin închipuit și nejustificat); din nepăsare (atrofiere a simțului de

răspundere şi lipsă de conştiinţă, (mai dăunătoare ca lipsa de ştiinţă); din suprindere a bunei credinţe (exces de credulitate la cei care nu se îndoiesc de ei şi nu se controlează); din interes personal (uneori) ca şi din desinteres general (nu rareori) — împrejurări cari aduc prejudiciu ranei, răniţului şi apărării ţării.

Încetinirea ritmului de activitate într'un spital care micşorează randamentul; răniţi care se târăsc prin spitale şi trecând din spital în spital se reîntorc pe front cu întârziere; comisii de clasare puţine, prididite sau neavizate; organizare defectuoasă a unui spital şi lipsă de coordonare în activitatea spitalelor dintr'o localitate; raritatea chirurgilor de război; nepregătirea de bază a unora şi sustragerea dela datorie a altora printr'un tratament de favoare dătător de rău exemplu — impun crearea şi la noi a chirurgilor sfătuitori (beratenden Chirurgen) din armata gèrmană, cari prin practica şi poziţia lor oficială pot da îndrumări preţioase şi exercita controlul activităţii din spital.

In lipsa acestora prin neputinţa de a-i creea sau improviza, comisii restrânse compuse din medicii unei localităţi în care să se afle cel puţin un chirurg, pot debarasa spitalele de ciurucurile cari umplu în mare măsură spitalele noastre de răniţi cari nu se întorc nici la munca câmpului şi nici pe front; cari sunt expuşi unui bombardament aerian, în masă.

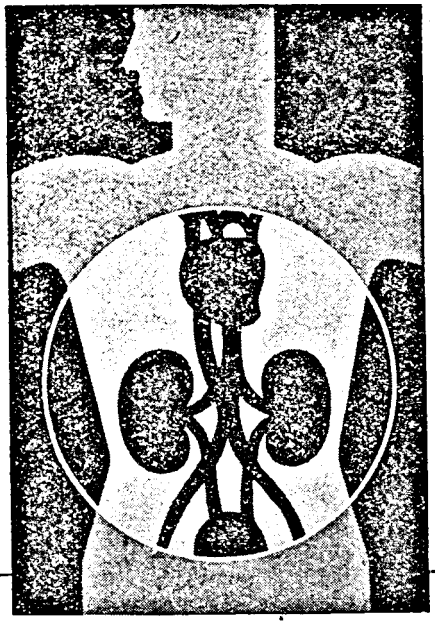
Cursuri practice prin conferinţe cât mai dese în puncte centrale cu spitale mari şi la care să participe în serie chirurgii şi medicii unei regiuni sau armate, sunt necesare pentru reîmprospătarea cunoştiinţelor.

Cazarea răniţilor grav dintr'o regiune sau localitate în anume spitale bine înzestrate, conduse de chirurgi reputaţi, poate fi de cel mai mare folos. Răniţii mai uşor vor fi mai repede vindecaţi şi înapoiaţi pe front, dacă vor fi strânşi în spitale anexe în care să se practice un tratament activ şi continuu supraveghiat. Internarea în spitale de specialitate este o necesitate imperioasă, care atenuează sechelele şi uşurează bugetul statului. Un ritm de vieaţă activă în spitale, de circulaţie vie, ridică moralul şi hrăneşte frontul.

*

Aceste reflexiuni ne sugerează minunata carte a prof. Ştarlinger, care instrueşte şi încălzeşte atunci când nu pierde din vedere atenţia cu care trebueşte tratat orice rănit şi se ocupă şi de conţinutul încunoştiinţării de moarte către familie;—iar D-l D-r Gh. Băjeu a făcut un real serviciu medicilor şi chirurgilor români, punându-le la îndemână această carte, al cărei cuprins cu toate greutăţile inerente unei traduceri din limba germană a reuşit să-l redea pe înţeles.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

E·MERCK·DARMSTADT

KARANUM

este o 2-Methyl-naphthohydrochinonă-1,4-dibutirată

și posedă, după cum s'a dovedit

în mod experimental și clinic, o

BCU Cluj / Central University Library Cluj

puternică acțiune de Vitamina K

Karanum se administrează per os (Tablete a 15 mgr., Cutii cu 20 bucăți) sau se injectează intramuscular (Fiole a 7,5 mgr., Cutii cu 5 bucăți)

E. Merck

Fabrică de Produse Chimice-Darmstadt

Reprezentanța: CHIMIROMAN, București I, str. T. G. Masaryk No. 32

CURA ZISĂ RADICALĂ IN PROLAPSUL GENITAL TOTAL

de

D-r GH. BÂJEU–Tg.-Jiu

Iată un cuvânt — e vorba de radicalism — care a făcut carieră mai ales la noi în ţară. O carieră dacă ne gândim bine mai mult echivocă şi în orice caz nejustificată.

Toate publicaţiile sunt pline de el şi i se dă în genere un înţeles de ceva definitiv în tratament — de ceva peste care nimic nu mai poate fi. Credem că e puţină exagerare voită, dar prea la modă — şi e deajuns să amintim 2 exemple faimoase. Multă vreme s'a zis în hernii cură radicală — şi se scria în paranteză ca o ciudăţenie — procedeul cutare... Spirite critice cum au fost Lecène, Leriche, au protestat la timp şi au cerut să se vorbească numai de cură operatorie, nu radicală!

Nu se poate vorbi de radicalism atâta vreme cât sunt pentru aceeaşi afecţiune mai multe metode sau procedee, atâta vreme cât fiecare are la activ recidive sau complicaţii.

Ceva mai mult. Recent chiar pentru ulcerul gastric — unde se obişnuia să se boteze drept cură radicală rezecţia — a spus-o hotărît şi peremptoriu von Redwitz: „Nu e vorba decât de cea mai bună operaţie paleativă ce cunoaştem în momentul de faţă!"

Iată de ce şi în marile prolapsuri genitale totale mi se pare o exagerare pe care o menţin voit spre a atrage atenţia mai mult asupra unui procedeu, care satisface într'o largă măsură toate exigenţele.

Intr'adevăr, **G. Rouhier**, chirurg la spitalul Beaujon, realizează un procedeu şi-l combină afirmând într'un articol judicios, apărut în „Journal de Chirurgie" No. 55 din 1 Ian. 1940, caracterul lui constant de cură radicală! Cu rezervele de mai sus l-am încercat şi eu pe 6 cazuri de prolaps genital total, cu rezultate din cele mai bune.

* * *

Disputa în jurul tratamentului prolapsului genital încă nu e terminată.

Dela început s'a căutat rezolvarea problemei în studiul anatomic şi patologic.

Patologic, coborîrea aparatului utero-vaginal recunoaşte după Trélat, Bouilly, Faure şi alţii:

1. leziuni mecanice de ruptură sau de distensie şi
2. tulburări de nutriţie ale ţesuturilor, alteraţii distrofice ale ligamentelor uterine, muşchilor perineului şi planşeului pelvin. Ansamblu de leziuni ce se condiţionează reciproc.

Se ştie apoi că uterul e fixat în poziţia sa normală printr'un dublu mod:

1. mijloace de suspensie (în sus), adică diversele ligamente uterine,
2. mijloace de susţinere (în jos): perineu şi planşeu pelvian.

Concepţie teoretică ce a avut drept consecinţă apariţia diverselor metode sau procedee, după cum s'a crezut în rolul preponderent al uneia sau alteia din mijloacele de fixare.

Evident s'a încercat întâiu mijloacele de suspensie, iar numărul procedeelor a devenit legiune.

S'a dovedit că valoarea acestor mijloace de suspensie nu joacă mare rol. E deajuns să amintim că uterul se coboară chiar în mod normal în vagin prin tracţiunea cu pense cu o mare uşurinţă. Ligamentele rotunde şi largi în mod normal nu sunt întinse şi oricât ar fi de scurtate sfârşesc prin a se alungi. Ligamentul cardinal, zis transvers descris de **Mackenrodt** şi **Kocks** — situat la baza ligamentului larg în plin parametru nu are valoare ca agent de suspensiune şi fixare. La fel este opinia generală pentru ligamentele pubo-vezico-uterine ale lui **Hirtl**, sau ligamentele sacro-uterine ale lui **Douglas**. Nici operaţiile ca atare ce utilizau la început numai această cale n'au dat de loc rezultatele scontate. S'a renunţat azi definitiv la ele şi numai rare ori se pot asocia altor procedee. In ceea ce priveşte mijloacele de susţinere este dovedit că joacă rolul principal în apariţia unui prolaps. Rolul lor în diverse stări fiziologice, în naşteri a fost magistral descris de **Forgue** în tratatul său de ginecologie, de **Pozzi, Savariaud, Müller** şi alţii.

La condiţiile mecanice survenite mai ales în timpul naşterilor, se adaugă mai târziu alte condiţii de ordin patologic bine cunoscute şi în general e suficient să amintim că mai există şi un teren favorabil.

După cum sunt hernioşi prin constituţie tot aşa sunt femei, care pe lângă ptoza viscerală sunt predispuse a face şi prolaps genital, fie consecinţă directă a diverselor sarcini, fie ele virgine sau nulipare!

La început ca un simplu ectropion al mucoasei, o eversiune **(colpocelul)**, apoi alunecarea vezicei **(cistocel)**, rectului **(rectocel)** formând prolaps de gradul I; apariţia colului uterin la vulvă dă prolapsul de gradul II şi când iese corpul uterin atârnând ca o limbă de clopot între coapse îl numim de gradul III, sau total.

Ne interesează în articolul de faţă prolapsul total.

Indicaţiile în general nu mai ţin seama cum a fost într'o primă perioadă a chirurgiei — numai de mijloacele de susţinere, sau de suspensie, ori de combinarea lor.

Astăzi pentru prolapsurile genitale totale fără ruptură prealabilă de perineu ce pot apărea la nulipare sau chiar la virgine, sunt indicaţii precise. La nulipare în astfel de cazuri e preferabil să facem operaţii combinate. Cum de obiceiu (după şcoala germană) există şi retroversie uterină cu lărgirea fundului de sac Douglas e bine să începem cu o

fixare anterioară fie directă, fie ligamentopexie a uterului, apoi cu micşorarea Douglasului (Marion) la care se adaugă perineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali spre a restabili o anatomie normală.

Fireşte că partea a doua nu se poate realiza la virgine, dar astfel de cazuri se întâlnesc foarte rar.

In ceea ce priveşte prolapsurile genitale totale consecutive unei rupturi de perineu nereparate la timp sau prost efectuate, frecvenţa lor e destul de însemnată.

In regiunea unde activez actualmente, proporţia lor e mare, iar frica în general le face — mai ales în mediul rural — să vie la operaţie când nu mai pot suporta afecţiunea, sau le dă turburări.

Pierderea dreptului de domiciliu, turburări urinare datorite retenţiei, ulceraţia frecventă a colului, cer întotdeauna un tratament preoperator mai lung sau mai scurt, după împrejurări.

Caracterul lor principal este că fascicolele ridicătorilor anali sunt aşa de slăbite, încât orice încercare de refacere a perineului cu miorafia ridicătorilor anali este dinainte o şansă sigură de insucces operatoriu. La fel ca rezultat este orice pexie făcută pe cale abdominală.

In astfel de cazuri (vorbesc de perineu şi ridicători deficienţi) nu numai ligamentopexiile nu sunt indicate, dar chiar orice pexie uterină sau vaginală. Nici fixarea între aponevroze (Kocher) sau sub piele (Grigoriu) nu dau rezultate bune, durabile în timp, făcute oricum şi oricui.

Nu mai vorbim de pesare (Dumontpallier, Hodge) sau histerofore, care, ca orice corp străin dau mai întâi fluor, apoi miros insuportabil şi cer îngrijiri speciale şi nu sunt indicate decât atunci când operaţia în genere ar fi contraindicată.

Cum în general este vorba de femei în vârstă la care problema fecundaţiei nu se mai poate pune, ar rămâne problema coitului, care trebue rezolvată dela caz la caz.

Dela început trebue să amintim că histerectomia vaginală a fost proscrisă nu atât ca operaţie dificilă, cât din cauza rezultatelor constant proaste.

Lecène, Leriche preferă colpectomiile lărgite sau chiar totale sau cloazonarea largă a vaginului (Le Fort).

Amputaţia de sus a colului uterin, asociată cu colpectomie anterioară, perineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali (Lenormant, etc.) a dat rezultate durabile, mai ales în cazurile cu lungire hipertrofică a colului, când trebue făcută şi rezecţia lui.

Colpectomia totală cu histerectomia vaginală nu e considerată de autorii francezi din cauza multor decese.

Nici interpoziţia vezico-vaginală a uterului, (Wertheim-Schauta) nu e admisă decât sub rezerve.

In genere şcoala franceză s'a mulţumit cu tripla operaţie (Walther-Gouliond) în toate cazurile: colporafie anterioară, colpoporineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali şi histeropexia istmică.

Şi concluzia lor sună în acest fel: „Oricare ar fi procedeul întrebuinţat şi valoarea chirurgului, trebue să contăm pe 10—15% rezultate incomplete sau recidive".

Şcoala germană admite aceleaşi teorii în privinţa prolapsului, dar adaugă câteva componente cărora le atribue o importanţă deosebită.

In principiu ei sunt pentru o **resitutio ad integrum**, adică refacerea şi a mijloacelor de suspensie şi de susţinere şi implicit a celorlalte componente.

Pentru **Descensus-vaginae** — colpectomie anterioară şi colporafie — căreia îi acordă o importanţă aparte.

Rafia septumului vezico-vaginal este pentru ei de mare valoare. La fel dacă este un **Cistocel** sau un **Rectocel**, — în care caz trebue bine suturat septul vagino-rectal, iar **Halban** îi adaugă şi o rezecţie a colului uterin ce merge până la 8 cm.!

Cât priveşte **Descensus uteri** ei cred că aproape fără excepţie este datorit retroversiei uterine, deşi sunt cunoscute cazuri de retroversie fără prolaps.

Retroversia cu prolaps ar fi consecinţa unei slăbiri parametriale fie prin naşteri, fie congenital. Prin corectarea retroversiei obţinem rezultate bune, fiindcă uterul apasă atunci numai simfiza. Socotim inutil să analizăm toate procedeiele sau căile de acces. Şcoala germană în afară de scurtarea ligamentelor, de fixarea uterină sau vaginală, de interpoziţia subaponevrotică **(Kocher)** a mai inventat o mulţime de alte procedeie de înlocuire a ligamentelor prin diverse autoplastii pe care nu le mai enumărăm. **Halban** în tratatul său de ginecologie socoteşte în astfel de cazuri drept operaţie de ales **fixarea sus a vezicei**, care se execută după cazuri fie abdominal (de preferinţă), fie vaginal.

Rezultatele lui sunt aproape de 100%, ceea ce însemnează mult! Eventual dacă se mai adaugă un cistocel, rectocel sau slăbirea ridicătorilor — le corijează în aceeaşi şedinţă prin procedeiele obişnuite.

Dacă lungimea colului uterin trece de 8 cm, atunci face şi rezecţia lui spre a evita recidivele.

Pentru prolapsul genital total ei admit mai multe elemente: **Descensus uteri, vaginae, vesicae, retroversio uteri şi elongatio colli.**

In astfel de cazuri ei sfătuiesc să reducem prolapsul, — să punem femeia să împingă puţin şi să-l refacă palpându-l sub ochii noştri.

Recunoaştem astfel forma anatomică şi construcţia genetică, iar terapeutica vom conduce-o după recunoaştere: Cistocelul prin rafia vezicei, descensus uteri prin corectarea retroversiei şi amputaţia colului, rectocelul prin colporafie posterioară şi eventual sutura ridicătorilor anali.

Când e vorba de prolapsul genital total cu anteversiune zis prolapsul lui **Froriep** — aci se adaugă încă un element. E vorba de mărimea exagerată a fundului de sac al lui Douglas, care evident trebue corijat.

De regulă există şi alungirea colului. Deci amputaţia colului cu ştergerea Douglasului, fie pe cale vaginală, fie mai bine pe cale abdominală.

Procedeiele sunt diverse şi cu rezultate mai mult ori mai puţin bune.

Interpoziţia **Wertheim-Schauta**, alte metode de fixare a căror existenţă e descrisă în marile tratate; **exohysteropexia Kocher, ventrisuspensia vaginului Fraenkel, Bumm, Halban, histerectomiile subtotale cu suspensia restului sau cloazonarea vaginului Neugebauer-Lefort** — şi în cele din urmă **colpectomia totală tip Müller.**

Şi ei deconsiliază histerectomia totală, — ca o operaţie fără rost. Iată aşa dar opinii de şcoli diverse, care se întâlnesc totuşi pentru o anumită tehnică (histerectomia vaginală).

Cu toate acestea revenind la articolul lui **Rouhier** amintit mai sus constatăm o reviviscenţă a ei, la care fireşte adaogă puţin din operaţia lui **Müller**, cunoscută în Franţa ca operaţia lui **Müller-Savariaud.**

Operaţia lui Müller — **colpectomia totală** — la care **Savariaud** i-a adăugat perineorafia posterioară înlocuieşte vaginul printr'o coloană fibroasă de susţinere, un veritabil suport ce se opune oricărei reproduceri a prolapsului.

Are însă două inconveniente pe care **Rouhier** a căutat să le elimine: nu permite coitul şi lasă pe loc tija uterină, care oricât ar fi femeia la menopauză tot mai are o uşoară secreţie şi ceva mai mult, uneori tinde să refacă prolapsul.

Spre a remedia acest inconvenient la început a făcut rezecţia colului uterin. Dar văzând că mai rămâne foarte puţin din corp s'a gândit să termine făcând o histerectomia totală, mai ales că execuţia ei e uşoară, iar urmările dintre cele mai benigne. Alt avantaj al acestei combinaţii de metode **(colpectomia subtotală, histerectomia totală vaginală cu miorafia ridicătorilor anali)** este că permite un simulacru de coit, înlătură tija uterină, reface perineul, creiază o coloană fibroasă în locul vaginului, iar prin înglobarea salpingelor la cicatricea abdominală creiază încă un mijloc bun de suspensie.

Mai are avantajul că fiind executată pe căile naturale, participă la benignitatea remarcabilă a histerectomiilor vaginale, ceea ce permite s'o încercăm chiar la femeile în vârstă, cu condiţia ca ficatul şi rinichii să fie suficiente.

Punctul delicat pare a fi anestezia. Vom face la tinere anestezie generală, la cele mai în vârstă e bună rachianestezia, iar celle prea bătrâne merge perfect anestezia locală. In altă ordine de idei, d-l Profesor D-r Plăcinţeanu, într'un articol asupra indicaţiilor histerectomiei vaginale în fibroamele uterine se întreabă de ce atâta aversiune la chirurgii români când ea dă rezultate aşa de bune? Credem că şi aici se resimte influienţa vechei şcoli franceze, atât de intensă la noi, până la actualul războiu.

Tehnica chirurgicală.

Aici în fond colpectomia este totul, iar histerectomia nu e aproape nimic. Uterul e involuat, uneori alungit, rare ori globulos. Spre deosebire de Rouhier, care face colpectomie totală înainte şi subtotală înapoiu cu un lambou restant din mucoasa vaginală în formă dreptunghiulară, adică având colţuri, care oricât de vascularizate ar fi tot se sfaceleză — personal am modificat uşor tehnica în sensul că fac o **colpectomie subtotală şi înainte şi înapoi** spre a permite un simulacru de coit (femeia nu renunţă decât cu greu) şi pe de altă parte spre a nu produce sfacele într'o mucoasă în colţuri croită. E o modificare fără pretenţii, dar mai utilă din toate punctele de vedere.

Timpii operatorii.

1°. **Colpectomia.** Col uterin prins lateral de 2 pense Museaux. Colpectomia anterioară cât mai largă posibil, apoi colpectomie posterioară.

II°. **Histerectomia vaginală.** Fie că decolăm vezica, legând treptat ramurile și crosa uterină, fie că deschidem înapoi fundul de sac Douglas și basculăm uterul pe care-l prindem cu o pensă cu dinți. Nu ne mai rămâne decât pediculul superior format din ligamentul rotund, larg și salpinga, pe care-l legăm cu fire groase de in cu Deschamp-ul.

Suturăm peritoneul anterior la cel posterior, având grije să înglobăm și bontul salpingian. Micșorăm prin fire separate ambele suprafețe sângerânde, apoi tot prin fire separate suturăm lambourile vaginale.

III°. Timpul 3 este **plastia perineo-vulvară cu miorafia ridicătorilor anali**, care se execută clasic.

Ca pericole notăm: în primul rând nu e niciun inconvenient, (se știe) chiar dacă scapă vreo legătură din uterină. Vom continua operația până la sfârșit. Este un sfat dat în fiecare mare tratat sau monografie. Al doilea pericol este de sigur secțiunea vezicei. Cu grije deosebită se poate evita disecând ușor. La fel e pericol cu rectul. Trebue răbdare și atenție. Un pericol supărător este ruperea colului uterin, care ajunge să se piardă în profunzime și să enerveze. Trebue găsit cu orice preț. In cele din urmă și rareori putem a avea o hemoragie nu de proporții mari în suprafață, pentru care e nevoie de un mic drenaj filiform de 24—48 ore.

Urmările postoperatorii sunt dintre cele mai simple, dintre cele mai benigne. Personal am încercat metoda cu puțină teamă. In cursul unui an întreg de internat la clinica ginecologică a profesorului **Daniel** din București, n'am văzut decât o singură histerectomie vaginală, pentru fibrom uterin la o femeie grasă (influența școalei franceze).

In fond această operație este o combinație fericită din una proscrisă (**histerectomia vaginală**) cu **operația lui Müller-Savariaud.**

Rouhier are din 1924 până în 1940 un număr de 59 de cazuri și n'a pierdut decât o bolnavă cu embolie pulmonară. Rezultate imediate foarte bune, iar rezultatele îndepărtate superioare oricăror metode sau procedee.

Iată pe scurt foile de observații a șase cazuri operate de mine:

OBSERV. I. — **Țarfulea Maria,** de ani 49, din comuna Cernădia-Gorj, vine în spital cu prolaps genital total, pe ziua de 6 Septemvrie 1941 — cu ulcerație a colului și secreție mucoasă-endometrială.

A avut cinci sarcini și dela prima a stat cu perineul rupt. La menopauză de 2 ani. **Examenul urinei:** Albumină, Glucoză — absente. Sediment, nimic important. Uree în sânge 0,40°/₀₀. Reacția Meinicke negativă. După 2 săptămâni de tratament, ulcerația se vindecă și intervin pe ziua de 19 Septemvrie 1941 (condica op. Nr. 365), executând sub rachianestezie 12 ctg. novocaină o colpectomie subtotală, cu histerectomie vaginală și miorafia ridicătorilor anali.

Urmări postoperatorii foarte bune. Temperatura numai 37,°5 — în prima zi, apoi normal, — stare generală bună. Se continuă tratamentul obișnuit — **iar a 14-a zi părăsește spitalul complect vindecată.**

Revăzută între timp nu prezintă nicio recidivă.

OBSERV. II. — **Gheorghe Marina,** de 52 ani, din comuna Vădeni-Gorj, intră în spitalul Tg.-Jiu pe ziua de 29 Noemvrie 1941, cu prolaps genital total și ruptură veche de perineu.

A avut șase sarcini la termen. Este la menopauză de 3 ani. Examenul urinei, sângelui, nimic deosebit.

După trei zile de pregătire sub rachianestezie 12 ctg. novocainâ, se face o colpectomie subtotală cu histerectomie vaginală şi miorafia ridicătorilor anali (c. op. Nr. 4335).

O sângerare în suprafaţă a celor 2 suprafeţe e drenată cu o meşă subţire timp de 24 de ore.

Urmări postoperatorii f. bune, la 12 zile se scot toate firele. **Bolnava complect vindecată** — părăseşte spitalul pe ziua de 14 Dec. 1941. Revăzută după un an, nu se constată nicio recidivă.

OBSERV. III. — **Prodan Dumitra,** de 45 ani, din Peşteana-Gorj, vine în spitalul Tg.-Jiu pe ziua de 21 Noemvrie 1942, cu prolaps genital total, ulceraţia a colului şi ruptură veche de perineu. A avut trei sarcini la termen. La menopauză de un an. După cicatrizarea ulceraţiei şi pregătirea preoperatorie, se execută tot sub rachianestezie 12 ctg. Novocainâ o colpectomie subtotală, histerectomie vaginală cu miorafia ridicătorilor anali, (c. op. 482). Maladia postoperatorie fără însemnătate. Evoluţie normală. A 12-a zi, se scot firele perineale. **Rezultat cât se poate de bun.**

OBSERV. IV. — **Găman Ioana,** de 55 ani, din Muşeteşti-Gorj, vine în spital pe ziua de 16 Aprilie 1943, cu prolaps genital total, ulceraţie a colului şi ruptură veche de perineu. La menopauză de 8 ani. Se face tratamentul prealabil al ulceraţiei. Examenele de laborator bune.

Rachianestezie 13 ctg. Novocainâ, colpectomie subtotală, histerectomie vaginală, miorafia ridicătorilor anali. (Condica de op. Nr. 230), pe ziua de 1 Maiu 1943.

După 12 zile se scot firele. **Vindecare per primam.**

OBSERV. V. — **Ceapă Ecaterina,** de 56 ani, din comuna Vlăduleni-Gorj, vine în spital pe ziua de 23 August 1943, cu prolaps genital total, ruptură veche de perineu. Ex.: urinei şi sângelui nimic deosebit. La menopauză de 7 ani.

La baza pulmonului drept uşoare frecături pleurale.

După trei zile de pregătire preoperatorie sub rachianestezie cu 13 ctg. Novocainâ, executâ o colpectomie subtotală, cu histerectomie şi miorafia ridicătorilor anali.

La prima zi după operaţie temperatura 38°,2. Cercetând atent constat că în timpul nopţii când infirmiera a lipsit puţin s'a sculat din pat, a luat o sticlă de apă din care a băut, apoi restul l-a turnat pe piept spre a se răcori!!! A doua zi constatăm focare de congestie pulmonară bilaterală, temperatura 39°,5, puls 130 pe minut, respiraţia dispneică.

A patra zi dela operaţie starea generală fiind şi mai rea e lăsată la domiciliu în oraş la o rudă, unde sucombă în aceeaşi noapte.

Iată un rezultat cu ieşire fatală datorit numai şi numai bolnavei.

OBSERV. VI. — **Bieloiu Ana,** de 63 ani, din comuna Drăgoeşti-Gorj, vine în spital pe ziua de 26 Iulie 1943, cu prolaps genital total, ulceraţie cronică a colului şi ruptură veche de perineu. **Examenul urinei:** Albumină, glucoză absente. Sediment nimic important. Uree 0,40%. Reacţia Meinicke negativă. Pe ziua de 6 August 1943 (c. op. Nr. 326) sub rachianestezie 13 ctg. Novocainâ, fac o colpectomie subtotală cu histerectomie vaginală şi miorafia ridicătorilor anali. Mers postoperator foarte bun. După 12 zile se scot firele — **bolnava vindecată per primam.**

* * *

Concluzii:

Operaţia combinată a lui Rouhier în marile prolapsuri genitale se dovedeşte a fi în linii mari adevărată cură radicală (dacă ne e permis a zice).

Colpectomia subtotală, care să permită o amintire, cu histerectomia totală vaginală şi plastie perineovulvară cu miorafia ridicătorilor anali este de o execuţie uşoară pentru operator, se realizează în maximum 45—50

minute, cu anestezia de care am vorbit şi evident mai mult cu anestezia locală. Este uşor şi surprinzător de bine suportată de bolnave, iar maladia postoperatorie este aşa de redusă încât nu cere îngrijiri speciale.

Indicată în special la femeile la menopauză sau aproape de menopauză. Se poate — atunci când ne învoim cu pacienta — să executăm chiar colpectomie totală, ceea ce lungeşte prea puţin actul operator.

Rezultatele imediate sunt cât se poate de bune. Nu am avut de semnalat niciun accident de niciun ordin (afară de o mică hemoragie).

Din şase bolnave am pierdut numai una singură, care a făcut o congestie pulmonară dublă din cauza insuficenţei de supraveghere, inerentă uneori şi scuzabilă.

Rezultatele îndepărtate sunt dintre cele mai fericite şi cu tot entuziasmul subscriu şi eu fraza de încheiere a lui **Rouhier**:

„Sunt convins că oricine ar încerca-o, mai ales după o practică suficient ca să capete dexteritate şi dacă îşi aminteşte mereu că în operaţiile pe cale vaginală, orice pas greşit se plăteşte cu dificultăţi mari, va avea aceeaşi satisfacţie!".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reprezentanţa p. România: S. I. F. S. A. R. Bucureşti IV, Avram Iancu 32

ABURI
TĂMĂDUITORI
Precursori tratamentului modern de înhalație!
Glycirenan
renumit de decenii pentru profilaxia
și tratamentul
asthmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, trachaltei și sinusitelor.
Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Forme de prezentare:

intravenos:
Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Clinica II Medicală, Cluj-Sibiu
Director: Prof. D-r Ion Goia

LEUCEMIA CU POLINUCLEARE NEUTROFILE

de

Conf. D-r A. MOGA și **D-r C. METIANU**

Leucemiile din punct de vedere hematologic se caracterizează prin creșterea considerabilă a numărului leucocitelor și apariția de elemente tinere în sângele circulant.

Pe lângă formele tipice de leucemii, există forme atipice, bine cunoscute, în care numărul leucocitelor este normal sau subnormal (leucemii sub și aleucemice).

Chiar și în aceste forme sub și aleucemice putem constata însă apariția elementelor tinere la periferie. În aceste cazuri modificările calitative sunt de o importanță mai mare chiar decât cele cantitative.

Mai puțin cunoscute sunt cazurile în care găsim numai creșterea numărului globulelor albe, în sângele circulant, marea majoritate a acestora fiind formate din elemente adulte și numai foarte puține elemente tinere.

Astfel de tipuri de leucemii au fost descrise pentru prima dată de către E. Weil și Sée (1932) sub numele de leucemii cu polinucleare neutrofile; alții le numesc leucemii cu granulocite neutrofile.

S'au descris și leucemii cu eozinofile adulte, natura lor leucemică este însă discutată.

Totalul cazurilor de leucemii cu polinucleare publicate până în prezent se ridică la aproximativ 15.

Observația noastră, pe care o redăm mai jos, reprezintă tipul acestor leucemii cu polinucleare.

B. I. de 50 ani, comerciant, prezintă de 1½ an o indispoziție generală cu ușoară slăbire în forța fizică.

De un an senzație de balonare, de apăsare în ipocondrul stâng și epigastru mai accentuată după alimentație. Pe încetul devine mai palid, anemic, este inapetent, slăbește în forța fizică și greutate (10 kgr. în 10 luni). senzația de balonare și apăsare din ipocondrul stâng și epigastru se accentuează. Adeseori are epistaxis.

Inainte cu trei luni a prezentat durei însoțite de tumefierea articulației haluxului și articulației tibio-tarsiene drepte, care au cedat destul de greu

la un tratament antireumatic. Simptome articulare asemănătoare, ceva mai accentuate, apar la nivelul articulațiilor haluxului și articulațiilor mici dela piciorul stâng, precum și la nivelul articulațiilor mici ale mâinilor, însoțite de o sensație de arsură la nivelul gambelor, înainte cu o lună și jumătate. La această dată medicul curant constată splina mult mărită.

Cu o săptămână înainte de internarea în clinică revin durerile dela nivelul oaselor gambelor, de intensitate mai mare în timpul nopții, fenomenele articulare au devenit atât de supărătoare încât bolnavul abia mai putea merge. Din acest motiv se internează în clinică.

Examenul obiectiv:

Tegumentele și mucoasele foarte palide, cu un colorit teros. Țesutul celular subcutanat și muscular mult diminuate.

Articulațiile mici ale picioarelor, genunchilor sunt tumefiate și dureroase. Sensibilitate la apăsare la nivelul oaselor gambelor. Oscilațiile la gambe prezente și de amplitudine normală. Scheletul genunchilor este radiologic normal. Se observă un grad înaintat de calcifiere a arterelor.

Ganglionii nu sunt măriți.

In cavitatea bucală se constată câteva focare de infecție dentară.

Pulmonar nimic patologic. Inima de dimensiuni normale. Sgomotele cardiace clare, ritmice, uruitură presistolică la focarul mitral. Tensiunea arterială e = 14—7 (V. L.). Electrocardiografic toate undele de amplitudine mai mică.

Abdomenul de circonferință ușor mărită. In ipocondrul, flancul și fosa iliacă stângă se observă o bombare.

Ficatul mărit, neted, nedureros, depășește rebordul costal cu două-trei degete.

Splina este mult mărită, dură, foarte ușor sensibilă la apăsare. Polul inferior ajunge până la două degete deasupra arcadei crurale stângi, limita dreaptă până la 1—2 degete în stânga liniei mediane (lungimea 26 cm., lățimea 24 cm.). Nu se constată semne de ascită, nici icter, nici circulație colaterală. Bolnavul este afebril. Albumina este pozitivă în urină, iar în sedimentul urinar se văd 10—15 hematii pe câmp, leucocite, multe săruri amorfe, urați și cristale de acid uric.

Examenul sângelui: (27 VIII 1943).

Leucocitoza: 32.000.

Tabloul sanghin: polinucleare neutrofile 89%, limfocite 9%, eozinofile 1%, metamielocite neutrofile 1%. Hematii: 1.700.000, hemoglobina 42%. Trombocite 40.000. Timpul de sângerare = 7 minute, timpul de coagulare = 12 minute. Semnul lui Rumpel-Laede pozitiv. Viteza de sedimentare a hematiilor = 80—130 (după 1 și 2 ore). Acidul uric în sânge = 145 mmg. și apoi după câteva zile 152 mmgr. Reacția Wassermann negativă. Reacția Weinberg-Pârvu negativă. Reacția Casoni negativă. Reacția Takata-Ară = negativă.

Examen ocular: Atrofie corio-retiniană peripapilară. O. D. emoragii punctiforme peripapilare.

Ex. radiologic: Complex primar calcifiat la baza pulmonului drept, cord moderat mărit, dans al hilului drept.

Bariu pasaj: Stomacul e împins de splina mărită spre linia mediană în fața coloanei. In rest stomac-duoden normal. După 7 ore: Ba. în cec, ascendent și transvers. Colonul e intens spastic. Flexura stângă și colonul transvers e împinsă spre dreapta de splină, are formă de ac de păr. După 24 de ore: Ba. în transvers și descendent, colonul continuă să fie spastic.

Evoluția boalei: La 5 zile dela internare leucocitoza 54.000. Polinucleare neutrofile 91%, eozinofile 2%, limfociți 2%, mielocite neutrofile 1%, metamielocite neutrofile 4%.

TABLOUL SANGHIN IN DECURSUL BOALEI

DATA	27/VIII 1943	28/VIII 1943	31/VIII 1943	11/IX 1943	13/IX 1943	16/IX 1943	30 IX 1943	11/X 1943	22/X 1943	29/X 1943
Leucocitoza	32000	37400	54000	35000	30800	23000	22200	19000	19000	19600
Polinucleare neutrofile	90%	90%	91%	89%	93%	89%	88%	92%	90%	88%
Limfocite	9%	9%	2%	4%	2%	8%	5%	3%	4%	4%
Monocite	—	—	—	2%	1%	—	2%	1%	1%	2%
Eozinofile	—	1%	2%	1%	—	—	—	—	—	—
Bazofile	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Promielociţi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mielociţi	—	—	1%	—	—	1%	1%	1%	1%	1%
Metamielociţi	1%	—	4%	4%	4%	2%	3%	3%	4%	5%

Obs. Multe din polinuclearele neutrofile au dimensiuni mari (gigante), iar între cele gigante o bună parte au nuclei hipersegmentaţi şi nuclei accesorii mici. Maturaţie inegală; rar polinucleare cu vacuole.

Pe lângă durerile şi tumefierea articulaţiilor membrelor inferioare (mai ales a articulaţiilor mici a picioarelor), pe care bolnavul le prezenta la internarea în clinică, au apărut mai târziu dureri însoţite de tumefierea articulaţiilor mici şi la mâini.

Aceste fenomene au avut un caracter saltant şi s'au menţinut aproape în permanenţă cu tot tratamentul făcut (piramidon şi atofan).

Durerile, sensaţia de arsură şi tensiune dureroasă dela nivelul gambelor sunt mai accentuate în timpul nopţii, fiind tot atât de chinuitoare ca şi cele articulare. Aceste simptome sunt aşa de pronunţate încât bolnavul e obligat să respecte repausul la pat, ele accentuându-se ori de câte ori încerca să umble puţin şi după fiecare şedinţă de radioterapie.

Uneori acuza dureri de-a-lungul sternului şi a oaselor lungi. In acelaşi timp prezenta, aproape permanent, o senzaţie de arsură generalizată, cefalee, sensaţie de arsură şi tensiune la nivelul capului, („sensaţia că-i plesneşte capul").

Edemele palpebrale au avut o intensitate variabilă dela o zi la alta. Albuminuria a fost slab pozitivă, iar sedimentul urinar a prezentat în permanenţă 6—15 hematii pe câmp, cu 15—20 leucocite, cu foarte multe cristale de acid uric şi urati.

La 10—15 zile dela internarea în clinică se instalează un prurit care devine din ce în ce mai supărător, urmat apoi de apariţia unui **prurigo limfadenic.**

Ganglionii din regiunea axilară şi inghinală au crescut foarte puţin (au ajuns la dimensiunea unor boabe de mazăre).

Ficatul a rămas la aceleaşi dimensiuni, iar splina a scăzut foarte puţin (2—3 cm.) cu toată radioterapia făcută.

Numărul hematiilor a scăzut în timpul celor două luni de internare în clinică dela 1.700.000 la 1.300.000, hemoglobina dela 42% la 35% cu toate că s'au făcut două transfuzii de sânge conservat a câte 250 cmc. fiecare.

Numărul globulelor albe a atins limita cea mai ridicată de 57.000 şi a scăzut în cursul tratamentului până la 19.000.

Starea generală a fost din ce în mai rea, bolnavul slăbind atât în forţa fizică cât şi în greutate. In ultimul timp bolnavul prezenta insomnie şi sensaţie de sufocare nocturnă.

Radioterapia se pare că nu a influenţat prea mult evoluţia afec-

țiunei. De altfel s'au dat doze mici și la intervale de 3—4 zile (în total 13 ședințe), de 1300 r., repartizate pe 5 câmpuri cu 200 Kv., 20 m. A. și cu filtrul 1 mm. cupru. Doza pe câmp și zi a variat între 50—100 r.), avându-se în vedere anemia destul de pronunțată.

In total bolnavul a fost spitalizat în serviciul nostru 61 de zile, el a sucombat însă la 30 zile după părăsirea Clinicei în urma unei pneumonii.

Observația noastră prezintă un tablou clinic destul de complex.

Constatăm, pe de-o parte simptomele unei poliartrite, pentru care de fapt bolnavul s'a internat în clinică, pe de altă parte examenul obiectiv a pus în evidență o splină enorm de mare, ficatul mărit și o anemie pronunțată. Aceste simptome ne-au determinat să stabilim diagnosticul clinic de leucemie mieloidă.

Examenul hematologic ne-a oferit însă o surpriză. In locul unui tablou sanghin foarte polimorf, compus din cele mai variate forme din seria de evoluție a granulocitelor, am constatat dimpotrivă, un aspect cu totul monoton, datorită marelui număr de polinucleare adulte, așa cum nu întâlnim decât în infecții și în special în supurații.

Dar lipsa febrei, lipsa oricărui simptom inflamator la nivelul splinei ne-a determinat să excludem o afecțiune de natură inflamatorie (de ex. un chist hidatic supurat împotriva căruia pledau de altfel și reacțiunile biologice negative).

Au fost descrise încă, leucocitoze mari cu slabă reacție mielocitară în sângele periferic, în unele cazuri de carcinomatoze viscerale (leucocitoza carcinomatoasă pseudo-leucemică). In asemenea cazuri însă, splina nu este mărită și nu prezintă modificări remarcabile nici ca structură histologică.

In cazul nostru nu se poate stabili alt diagnostic decât de **mieloză cu polinucleare neutrofile**, asociată cu o poliartrită. Vom reveni ulterior asupra acestei asociații.

Prima descriere a leucemiei cu granulocite neutrofile o datorăm lui **E. Weil** și **G. Sée**, cari în 1932, în baza alor două observațiuni personale și a cazurilor similare publicate mai înainte de **Rathery** (1902) și **Hirschfeld** (1914) au scos în evidență interesul teoretic și practic al acestei varietăți de leucemie mieloidă.

Este interesant că primii observatori au considerat splenomegalia ca fiind de natură infecțioasă, au recurs chiar la Splenectomie și numai examenul histo-patologic a dovedit natura leucemică a afecțiunei.

E. Weil și **G. Sée** au arătat că leucemia miologenă cu polinucleare neutrofile prezintă, alături de simptomele principale ale leucemiei mieloide clasice, unele particularități.

După descrierea lui **Weil** și **Sée** au fost publicate și alte observațiuni de către: **Béclère, Domarus, Naegeli** (1931), **Aubertin**, (Aubertin citează și cazul lui **Thuvy**, ca publicat cu mult înainte), **Merklen** și **Gounelle** (1932), E. Weil (1933), P. **Isch-Wall** (1937), P. Isch-Wall și **Storti** (1937), **Bonanno** (1937), **Varadi** și **Michailuc** (1938).

Se poate vedea că cele mai multe cazuri au fost publicate în literatura franceză. In literatura hematologică germană remarcam pe **Naegeli**, iar în cea italiană pe **Bonanno**.

In literatura românească această formă de leucemie este amintită în „Hematologia Clinică" a lui **Lupu-Petrescu** (1935) și în tra-

tatul de „Semiologie şi Patologie Medicală" al Profesorilor **Haţieganu-Goia** fără a aduce observaţiuni personale.

Noi am adunat majoritatea cazurilor publicate în literatură şi confruntându-le cu observaţia noastră ne-am putut da seama că tabloul clinic descris de **Weil şi Sée** trebue să sufere unele modificări şi complectări.

Simptomele obişnuite ale leucemiei mieloide cronice sunt aproape constante în leucemia cu polinucleare neutrofile. Doar în unul din cazurile lui **Weil-Isch-Wall şi Pollet** lipseşte splenomegalia.

Intâlnim însă modificări remarcabile de ordin hematologic.

Ne-a atras atenţia în primul rând **frecvenţa mare a hemoragiilor sub diverse forme.**

Tendinţa la hemoragii precede uneori cu mult apariţia celorlalte simptome ale leucemiei. Unul din cazurile lui **Isch-Wall** a prezentat cu 4 ani înainte de internare o hemoragie operatorie abundentă care cu greu a putut fi oprită. Chiar şi pacientul nostru ne-a atras atenţia asupra hemoragiilor nasale repetate, pe care le-a avut deja cu 2 ani înainte de internarea în clinică.

Când noi, pentru a elimina focarele de infecţie dentare am făcut două extracţii, cu intenţia de a combate poliartrita, s'au produs hemoragii care au durat cu intermitenţe 10-12 zile.

S'au semnalat hemoragii gastro-intestinale repetate, hematurii, hemoptizii, gingivoragii, epistaxis, hemoragii în urma unor intervenţii chirurgicale, hemoragii după extracţii dentare, hemoragii retiniene, hematome extinse ca în leucemiile acute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din acest punct de vedere este foarte impresionant cazul lui **Varadi şi Michailuc,** prin hematomele extinse pe care le prezenta.

Nu găsim însă un paralelism în toate cazurile între intensitatea hemoragiilor şi modificările sanghine (morfologice şi biochimice).

Câtă vreme în cazul nostru şi în altele numărul plăcuţelor sanghine era destul de scăzut, iar timpul de sângerare şi coagulare mărite, găsim şi observaţiuni cum este aceea a lui **Varadi şi Michailuc** în care fenomenele hemoragice erau foarte intense, deşi numărul plăcuţelor era cu mult mai mare decât normal (în cantităţi enorme încât nu mai puteau fi numărate; 1.870.000), timpul de sângerare şi coagulare normale; exista doar diminuarea rezistenţei chiagului sanghin.

Nici comportarea seriei roşii nu este unitară.

Deşi după **Aubertin** în aceste lucemii ar exista o anemie pronunţată (sub 2.000.000) cum este şi în cazul nostru de altfel, de cele mai multe ori nu se constată decât o anemie uşoară, care la începutul boalei poate lipsi.

Toţi autorii sunt de acord că formele tinere din seria roşie sunt în număr redus sau lipsesc din sângele periferic, fapt ce găseşte o confirmare şi în cazul nostru.

Examenul cantitativ şi calitativ al globulelor albe dă nota caracteristică a acestei leucemii.

Toţi autorii au găsit un procentaj ridicat de polinucleare adulte (70—99%) în sângele periferic.

Cifra elementelor tinere oscilează în diversele cazuri publicate

între 0—2%—19%—30% (Rathery 2%; Merklen şi Gounelle 2%—18%; Weil şi Sée 15—30%; în al doilea caz 14—17%; Varadi şi Michailuc 1,8%—10,4%; Isch-Wall 22%; Isch-Wall-Storti 14—19%).

In acest procent intră mai ales mietamielociţi şi mielociţi, rar promielociţi, foarte rar apar mieloblaştii în sângele periferic.

In cazul nostru elementele tinere au oscilat între 1—5%.

In observaţia lui **Hirschfeld** nu au apărut elemente tinere la periferie.

Contribuţia cea mai importantă pe care au adus-o ultimele publicaţii se referă la explorarea mai precisă a aparatului hematopoetic prin proba cu adrenalină, punctia sternală, splenică şi hepatică.

Proba cu adrenalină a fost studiată în leucemii în special de **Goia şi Auberlin.**

Goia a arătat (1922) că în leucemiile mieloide după injecţia cu adrenalină (proba cu adrenalină) numărul leucocitelor în sângele periferic sufere dela început o creştere enormă, cifra leucocitară rămânând ridicată pentru mai multe ore şi revenind la cifra dinainte de probă după 5—6 ore.

Din punct de vedere calitativ leucocitoza adrenalinică cuprinde toate elementele ţesutului mieloid: polinucleare neutrofile, metamielociţi, mielociţi, promielociţi, mieloblaşti, dar mai ales forme tinere. Mononuclearele şi splenocitii nu cresc.

Această probă exteriorizează în oarecare măsură formula leucocitară intrasplenică.

In leucemia cu granulocite neutrofile, proba cu adrenalină a fost practicată de **Varadi-Michailuc** şi de noi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROBA CU ADRENALINA (9/X/1943)

	Inainte de probă	La 10'	La 20	La 30'	La 50'	La 80	La 110'	La 140'	La 170
Leucocitoză	19400	23200	39600	38000	20000	20000	18000	1560[illegible]	18800
Polinucleare neutrofile	93%	92%	90%	93%	96%	96%	97%	98%	97%
Limfocite	2%	3%	5%	3%	1%	3%	—	1%	—
Monocite	1%	—	1%	1%	1%	—	—	—	—
Eozinofile	—	—	1%	—	—	—	1%	1%	—
Bazofile	—	1%	—	—	—	—	—	—	1%
Mielociti	—	—	—	—	—	—	—	—	1%
Metamielociţi	4%	4%	2%	3%	2%	1%	—	—	—
Promielociţi	—	—	1%	—	—	—	2%	—	—
Eritroblaşti	—	—	—	—	—	—	—	—	1%

Polinuclearele sunt foarte adulte, în general, au granulaţiuni intens colorate, nucleul hipersegmentat. Intre ele sunt unele de talie foarte mare şi hipesegmentate (7—8 lobi). Extrem de rar normoblaşti. La 110' am găsit elemente cu protoplasmă policromatofilă şi nucleu „Stabkernig". Un polinuclear gigant hipersegmentat (element atipic ca o celulă tumorală).

Dimensiunile splinei s'au redus cu 2—3 cm. după injecţia cu adrenalină.

După administrarea adrenalinei noi am observat o creştere rapidă şi pronunţată a numărului leucocitelor. La 20 de minute numărul leucocitelor s'a ridicat cu ceva mai mult decât dublul leucocitelor dinainte de probă (dela 19.400 la 39.600). Cifra leucocitară însă nu s'a menţinut ridicată câteva ore, aşa cum se întâmplă în leucemiile mieloide tipice, ci a revenit după 50 minute (la mai puţin de o oră) la o cifră ceva mai mică decât aceea dinainte de probă. Această cifră s'a menţinut ceva mai scăzută (15.000—18.600) timp de două ore după care interval a revenit la cifra dinainte de probă.

Noi nu am observat o trecere în număr mare a formelor tinere în circulaţie după injecţia de adrenalină. Această constatare cadrează cu ceeace a găsit Varadi şi Michailuc.

Punctie sternală în cazuri de leucemii cu polinucleare au practicat: Isch-Wali, Isch-Wall-Storti, Varadi-Michailuc şi noi.

In cazul lui Isch-Wall procesul vegetativ la nivelul măduvei era minim şi interesa numai mielocitii care se ridicau până la 52%. polinuclearele erau mai puţin numeroase (8%), în opoziţie cu ceeace se găsea în sângele periferic. El interpretează acest aspect ca fiind datorit faptului că leucemia se găsea la început.

Intr'un alt caz Isch-Wall-Storti au evidenţiat în măduva osoasă o predominenţă mieloidă şi — fapt curios — un număr mai ridicat de eozinofile (30%).

Varadi şi Michailuc nu au găsit decât o creştere a bazofilelor şi megacariocitelor, fără o deviaţie spre stânga. Contrar cu ceeace se întâmplă în cele mai multe leucemii, sistemul eritroblastic a rămas intact.

Property of Carol I Central University Library Cluj

Noi am găsit o măduvă pe care o putem eticheta „promielocitară".

Vedem deci, că punctia sternală, ca în orice leucemie mieloidă, chiar dacă arată unele modificări, în sensul unei devieri spre stânga, acestea nu sunt atât de caracteristice încât să ne permită un diagnostic de certitudine.

Dintre toate metodele de laborator punctia splenică este acea care ne furnizează cele mai preţioase şi cele mai sigure date pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi prognosticului leucemiilor mieloide. (Weil-Isch-Wall-Perles).

Splenograma reflectează în mod constant o imagine mai tânără decât hemograma.

Splenograma în cazul lui Isch-Wall a prezentat un aspect de leucemie mieloidă tipică, cu o reacţie normomegaloblastică, obişnuită de altfel în această afecţiune. Abundenţa elementelor albe demonstrează, după el, procesul leucemic proliferativ; procentajul mielocitilor adevăraţi arată natura mielogenă a acestui proces.

In cazul lui Isch-Wall-Storti aspectul era de leucemie mieloidă, fără nici o reacţie eritroblastică.

Datele obţinute prin punctia splenică au făcut pe Weil să susţină că leucemia cu polinucleare este adesea o formă de debut a leucemiei mielogene banale.

Şi Varadi-Michailuc constată o metaplazie mieloidă. Această metaplazie se deosebeşte de metaplazia întâlnită în alte leucemii mieloide şi de constatările celorlalţi autori în leucemiile cu polinucleare, prin

faptul că numărul celulelor adulte este mult mai mare față de procentajul relativ mic al formelor tinere.

In observația noastră am constatat o metaplazie mieloidă în splină, care însă a prezentat aproape același aspect ca acela întâlnit de Varadi-Michailuc.

TABLOU

	Hemograma 31/VIII/1943	Hemograma la 30 după inj. cu adren. 1/IX/1943	Mielograma 2/VIII/1943	Splenograma 2/IX/1943
Polinucleare neutrofile	91%	86,5%	31%	71,2%
Limfocite	—	5%	0,2%	17,8%
Monocite	—	3%	—	0,8%
Eozinofile	2%	—	0,4%	0,2%
Bazofile	—	—	—	—
Hemohistioblaşti	—	—	0,2%	—
Celule primordiale Ferrata	—	—	0,8%	0,4%
Promielociţi	—	—	20,2%	1,2%
Mielociţi neutro.	1%	0,5%	16,4%	1,8%
Mielociţi eozin.	—	—	0,4%	0,2%
Stabkernige	—	4,5%	—	—
Metamielociţi neutrofili	4%	2%	18%	1,4%
Metamielociţi eozinofili	—	—	0,8%	0,2%
Normoblaşti	—	—	10,6%	1,4%
Macroblaşti	—	—	0,8%	—
Plasmazellen	—	—	—	0,8%
Reticulocite	—	—	—	0,6%
Celule neclasabile	—	—	—	0,6%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In punctia sternală: numeroşi promielociţi şi mielociţi în mitoză. Sunt şi promielociţi cu 2 nuclei. Sunt şi elemente cu nucleul cu tendinţă de segmentare, cu protoplasma încă nematură, în faza de trecere dintre promielocit şi mielocit. O parte din aceste elemente au un nucleu foarte neregulat. Multe polinucleare cu nuclei în formă de baston (Stabbernige). După două săptămâni la punctia sternală acelaş aspect.

La punctia splenică: punctia este foarte bogată în celule care prezintă o morfologie variată. In majoritate se găsesc polinucleare adulte, cu lobulaţie nucleară bogată şi foarte evidentă, de asemeni granulaţiile sunt nett vizibile şi bine conturate. Tot din seria mieloidă se găsesc şi forme mai tinere cu structură şi aspect promielicitar. Deasemeni se găsesc limfociţi din ambele varietăţi cum şi rar celule plasmatice şi elemente tinere din seria eritrocitară. Se întâlnesc apoi rari celule reticulare şi foarte rari elemente proprii ale splinei.

Hematiile sunt în majoritate adulte, sunt însă şi hematii policromatofile

Țesutul extras prin puncția splenică, în observația noastră, a arătat că polinuclearele adulte reprezintă marea majoritate a elementelor (71,2%—), formele tinere având un procentaj foarte redus (celule primordiale Ferrata 0,4%; promielociți 1,2%; mielociți neutrofili 1,8%; mielociți eozinofili 0,2%; metamielociți neutrofili 1,4%; metamielociți eozinofili 0,2%— **total 5,2%**). Polinuclearele aveau o lobulație nucleară bogată și evidentă, iar granulațiile bine vizibile și conturate. **Elementele proprii ale splinei** în număr redus.

Diagnosticul leucemiilor cu polinucleare neutrofile este mai greu de făcut cu datele pe care ni le procură examenul clinic, sanghin, proba cu adrenalină, în schimb splenograma ne oferă date de o valoare deosebită în stabilirea diagnosticului.

Câtă vreme în leucemia cu polinucleare hemograma nu arată decât o augmentare a granulocitelor neutrofile cu prezența câtorva elemente tinere (mielociți, metamielociți), elemente care ne fac să bănuim natura mielomatoasă a acestor reacții, splenograma evidențiază o metaplazie mieloidă mai mult sau mai puțin intensă, dând astfel posibilitatea să se interpreteze la justa lor valoare toate celelalte simptome.

Coexistența unei leucocitoze însoțită de o ușoară reacție mieloidă cu o splenogramă nett mielomatoasă, nu mai lasă nicio îndoială asupra naturii bolii.

Puncția hepatică nu a fost făcută decât într'un singur caz. Prin această metodă, **Isch-Wall** și **Storti** au arătat că în leucemia cu polinucleare, ficatul participă la procesul leucemic, așa cum se constată în toate leucemiile mieloide. Procentajul mielocitelor a fost întotdeauna inferior în acest organ față de ceilalți centrii. In cazul lor, ficatul nu a fost sediul unei reacții normo sau megaloblastice cum se întâlnesc adesea în leucemii.

In ceea ce privește **examenul histo-patologic**, toți autorii sunt de acord că splina, ficatul și ganglionii suferă o metaplazie mieloidă identică aceleia întâlnite în leucemia mieloidă clasică. Măduva osoasă prezintă modificările leucemiei mieloide tipice.

Concluzia practică ce se poate trage din aceste constatări este că, **substratul anatomo-patologic în leucemia cu polinucleare este același ca și în leucemiile mieloide tipice.**

Cu toate aceste consatări anatomo-patologice, tabloul clinic, examenul sângelui, puncția splenică și evoluția boalei nu sunt identice cu a leucemiei mieloide obișnuite așa cum susține **Weil.**

Un singur caz de leucemie cu polinucleare **(Weil—Sée)**, s'a transformat în cursul evoluției în leucemie mieloidă tipică. In acest caz numărul elementelor tinere s'a ridicat în decursul boalei dela 15% la 30,5%, leucocitele rămânând însă sub 100.000.

Din cele 15 cazuri publicate numai două s'au transformat în leucemii acute **(Weil, Merklen și Gounelle)**, cele mai multe cazuri și-au păstrat aceleași caractere clinice și hematologice în tot decursul boalei.

In ceea ce privește situația nosografică a acestei afecțiuni, nu toți autorii sunt de aceeași părere.

Naegely a încadrat această afecțiune în categoria mielozelor cronice cu atipii ale formulei sanghine.

Weil şi Sée clasifică leucemia cu polinucleare ca o subleucemie şi o consideră ca primul stadiu al leucemiei mieloide obişnuite.

Aubertin şi Marchal cred că leucemia cu polinucleare este o formă autonomă şi nu un stadiu iniţial al leucemiei mieloide, deoarece ea îşi păstrează până la moarte caracterele hematologice tipice şi nu se transformă niciodată în leucemie mieloidă clasică.

Noi credem că leucemia cu polinucleare adulte, reprezintă mai mult **o variantă a leucemiei mieloide cronice şi nu o formă aparte de leucemie.** Căci, după cum în leucemiile mieloide în unele cazuri pot predomina mielociţii, în altele promielociţii, tot aşa vedem că există mieloze în care majoritatea elementelor este aproape exclusiv formată de granulocite adulte. In observaţia noastră, elementele tinere au variat între 1—5%, iar în a lui Varadi—Michailuc între 2—10,4%.

Intre cazurile de leucemii cu polinucleare publicate, sunt însă unele care au un procent relativ ridicat (până la 30%) de elemente tinere (mielociţi, metamielociţi).

Vedem deci, că între mieloza cu predominenţă de mielocite şi leucemia cu polinucleare adulte există o serie întreagă de forme intermediare.

Judecând în felul acesta, leucemia cu polinucleare adulte, reprezintă mai mult o variantă a leucemiei mieloide. Cu toate acestea leucemia cu polinucleare reprezintă un aspect de leucemie, deosebit de interesant dacă judecăm problema din punct de vedere biologic şi fiziopatologic.

In adevăr, dacă ne gândim că astăzi leucemiile sunt privite de majoritatea autorilor ca tumori ale sângelui şi organelor hematopoetice, care sunt benigne prin durata lor mai lungă (de mai mulţi ani), maligne prin faptul că duc întotdeauna la moarte, este curios să găseşti o tumoră cu celule adulte din punct de vedere morfologic, câtă vreme ştim că tumorile maligne sunt constituite din celule mai tinere şi atipice ca aspect morfologic.

Deşi caracterele celulare (hematologice) ar contrazice concepţia tumorală a leucemiilor, totuşi ea are acelaşi sfârşit. După cum arată **Varadi şi Michailuc,** evoluţia nu este singura care ar cadra cu o tumoră. In unele neoplasme, chiar celulele focarelor metastatice arată un oarecare grad de maturitate cu păstrarea funcţiunilor originale. Ei fac o comparaţie sugestivă cu unele cancere hepatice, care chiar în metastaze (de ex. osoase) sunt formate din celule tipice hepatice, care şi-au păstrat unele funcţiuni (conţin picături de bilă).

Problema leucemiilor cu polinucleare adulte este interesantă, dacă comparăm aspectul măduvei osoase pe de-o-parte şi caracterele elementelor din splină şi sângele periferic pe de altă parte.

In cazul nostru, am văzut că măduva este plină de promielocite şi totuşi în sângele periferic cele mai tinere elemente sunt mielociţii şi şi metamielociţii. Am constatat din acest punct de vedere, că **sângele periferic reoglindea procesul care se petrece în splină şi nu pe acela din măduva osoasă.**

Dacă am căuta să explicăm acest fenomen ne-am lovi dela început de nesiguranţa care există în ceea ce priveşte fiziopatologia organelor hematopoetice.

Există actualmente două teorii care ar putea servi pentru interpretarea acestei discordanțe.

Se poate presupune existența unui **blocaj** care ar împiedeca trecerea elementelor tinere din măduvă în sângele periferic. Așa s'ar explica, după autorii care susțin această teorie, de ex. și leucemiile aleucemice. In ce constă acest blocaj nu se știe.

Rohr (elevul lui Naegeli) a încercat să dea o altă explicație apariției elementelor tinere în sângele circulant. Cum, după părerea celor mai mulți anatomiști și anatomo-patologi, măduva osoasă este un sistem închis, față de curentul sanghin, trebue admisă o aptitudine specială a celulelor din măduvă pentru emigrare, care nu e posibilă decât prin diapedeză. La polinucleare motilitatea proprie e recunoscută, rapiditatea ei crescând cu gradul sedimentării. Această motilitate este foarte probabil și la „Stabkernige", în schimb mielocitii sunt celule sesile.

Deși sistemul măduvei este închis, iar mielocitii și eritroblaștii sunt incapabili de emigrare activă, totuși se găsesc în sângele periferic aceste elemente uneori în număr foarte mare.

Rohr presupune că elementele tinere din sângele periferic nu sunt de origine medulară, ci de origine extramedulară. In leucemiile mieloide ar lua naștere astfel de focare hematopoetice extramedulare, mai ales în splină și ficat. Această metaplazie mieloidă duce apoi la hepato și splenomegalie, iar elementele tinere din sângele periferic nu sunt altceva decât expresia unei hematopoeze la acest nivel. Sângele periferic ar reoglindi deci mai fidel procesele dela nivelul acestor organe.

In mieloze, după **Rohr**, imaginea aleucemică este cea obișnuită atât timp cât procesul de hiperplazie rămâne restrâns la măduva osoasă. Imaginea devine leucemică abia atunci când metaplazia mieloidă se extinde și asupra centrilor hematopoetici extramedulari. Tot astfel s'ar explica și scăderea numărului leucocitelor după tradierea numai a splinei.

Digitized by Carol Davila University Library Cluj

Constatările din cazul nostru ar cadra mai bine cu această concepție decât cu teoria blocajului.

Durerile și tumefierea cu caracter reumatismal în articulațiile mici ale membrelor inferioare, în articulațiile tibio-tarsiene și ale genunchilor, articulațiile mici ale mâinilor, senzația de arsură și de tensiune dureroasă la nivelul membrelor inferioare (gambe în special) apărute în observația noastră, sunt fenomene care se întâlnesc mai rar în leucemiile mieloide. La bolnavul nostru aceste fenomene au constituit principalele acuze și motivul pentru care s'a internat în clinică.

Dureri cu caracter reumatismal însoțite în același timp de tumefierea mai multor articulații cu caracter saltant, în leucemia cu polinucleare neutrofile nu le-am mai întâlnit descrise în niciun caz.

Se pune întrebarea dacă aceste fenomene deși foarte rar întâlnite, intră în simptomatologia acestei afecțiuni și ar fi datorite nivelului ridicat al acidului uric în sânge, sau aceste simptome nu sunt altceva decât o coincidență între leucemie și un reumatism articular.

Dacă acest reumatism este pe bază de infecție de focar, întrucât acest focar de infecție ar fi putut influența modificările sanghine (polinucleoza) și evoluția boalei.

Insistăm încă odată asupra senzației de arsură generalizată, cefalee și senzații de arsură și tensiune la nivelul capului care au avut un caracter permanent și nu le-am găsit descrise în alte cazuri.

Concluziuni:

1. Leucemia cu polinucleare adulte este o afecțiune ce se întâlnește destul de rar, în literatura medicală fiind publicate aproximativ 15 cazuri. Observația noastră este prima descrisă în România și este una din cele mai tipice din câte s'au publicat.

2. Simptomatologia ei diferă foarte puțin de tabloul clinic al mielozei tipice. Tendința la hemoragii este mai frecventă și de intensitate mai mare decât în leucemiile mieloide obișnuite.

3. Nota caracteristică a acestei afecțiuni o formează modificările calitative și cantitative ale globulelor albe și constă în:

a) Numărul globulelor albe este în general sub 100.000 (oscilează mai des între 30—60 de mii).

b) Procentul granulocitelor neutrofile este ridicat în sângele periferic, cifra elementelor tinere este redusă. In procentul elementelor tinere intră metamielocitii și mielocitii, rar promielocitii și foarte rar mieloblaști.

4. a) Proba cu adrenalină a arătat în cazul nostru o creștere rapidă a numărului leucocitelor (ceva mai mult decât dublul leucocitelor dinainte de probă) care a scăzut după 50 minute, fără să observăm, după injecția de adrenalină, o trecere în număr mare a formelor tinere în circulație.

b) Puncția sternală nu prezintă modificări caracteristice, aspectul ei fiind același ca și în formele tipice de leucemie mieloidă.

c) Puncția splenică ne furnizează cele mai prețioase și mai sigure date pentru stabilirea diagnosticului, tratamentului și prognosticului.

Ea arată o metaplazie mieloidă care însă se deosebește de metaplazia mieloidă întâlnită în alte leucemii mieloide, prin faptul că numărul polinuclearelor adulte reprezintă marea majoritate a elementelor (în cazul nostru 71,2%), formele tinere având un procentaj redus (în observația noastră 5,2%).

5. Sângele reoglindește procesul ce se petrece în splină și nu pe acela din măduva osoasă.

6. Substratul anatomo-patologic în leucemia cu polinucleare este același ca și în leucemiile mieloide tipice.

7. Leucemia cu polinucleare neutrofile își păstrează, în general, pentru toată durata boalei caracterele hematologice. Un singur caz din câte s'au publicat, s'a transformat în leucemie mieloidă tipică, iar două în leucemie acută.

8. Durata boalei este aceeași ca și a leucemiei mieloide clasice, ea reacționând bine la radioterapie.

9. In ceea ce privește situația nosografică nu toți autorii sunt de acord. Unii (Weil și Sée) o consideră ca perioada de debut a unei leucemii mieloide cronice, alții (Aubertin și Marchal) ca o formă autonomă.

Noi credem că leucemia cu polinucleare nu este decât o variantă a leucemiei mieloide tipice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

10. Până în prezent nu avem nicio explicație plauzibilă a modificărilor ce se petrec în sânge și organele hematopoetice, în leucemia cu polinucleare.

11. Observația noastră a prezentat o particularitate pe care nu am întâlnit-o în alte cazuri. Ea a constat în prezența unei poliatrite a articulațiilor membrelor inferioare și a articulațiilor mici a mâinilor. Ne întrebăm dacă nu este vorba de o simplă coincidență a leucemiei cu un reumatism.

BIBLIOGRAFIE

1) *Rathery:* Une splénomégalie du type myéloide sans myélocithémie C. R. Soc. Biol. 1902 P. 138.

2) *Hirschfeld*: Die generalisierte Aleukaemische Myelose und ihre Stellung im System der Leukemische Erkrankungen. Zeitsch. für Klinische Med. 1914 T. XXX P. 126—173.

3) *Weil P. E.-G. Sée*: La leucémie myelogène à polynucléaires neutrophiles. La Presse Medicale 1932 P, 1071.

4) *Merklen-Gounelle*: Sur la léucemie myéloide à polynucléaires. La Presse Medicale 1932. P. 1693.

5) *Weil P. E.*: La léucemie myéloide à polynucléaires neutrophiles. Le Sang 1933 No. 5 P. 445.

6) *Weil P. E.-Isch-Wall-Pollet*: Splénomégalie chronique transformée au bout de dix ans en léucemie myéloide à polynucléaires neutrophiles. Soc. Med. des Hôpitaux 1933. 13 Nov. P. 1264.

7) *Weil P. E.-Isch-Wall*: Un cas de léucemie myéloide à polinucléaires sans splénomégalie. Soc. Méd. de Hôp. 1933 9 Mai P. 575.

8) *Aubertin Ch.*: Léucemie myéloide à polynucléaires, Encyclopédie médico-chirurgicale, Sang P. 13011—13.

9) *Lupu-Petrescu*: Hematologie clinică—București 1935, P. 280.

10) *Weil P. E.-Isch-Wall-S. Perles*: La ponction de la rate. Ed. Masson-1936.

11) *V. Rohr*: Knochenmarksmorphologie des menschlichen Sternalpunktates Neue Deutsche Klinik—Band 14 1937 P. 498.

12) *P. Isch-Wall-E. Storti*: Un cas de léucemie myélogene à polynucléaires suivi pendant 6 ans. Soc. Française d'hématologie. Séance du 5 Avril 1937. Le Sang No. 5 1937 P. 539.

13) *P. Isch-Wall*: Le diagnostic de la léucemie myélogène à polynucléaires: Étude d'un nouveau cas. Soc. Française d'hématologie. Séance du 5 Avril 1937. Le Sang No. 5 1937.

14) *Varadi-Michailuc*: Léucemie à polynucléaires, étude d'un cas nouveau, suivi jusq'à la mort. Soc. Française d'hématologie. Sance du 5 Mai 1938. Le Sang 1938 P. 665.

15) *Hațieganu-Goia*: Tratat elementar de Semiologie și Patologie medicală. Vol. III, Cluj, 1938 P.

16) *I. Goia*: Action de l'adrenaline sur le tableau leucocytaire dans les myeloses Presse Médicale, 20 Avril 1922.

La leucémie à polynucléaires neutrophiles.

Les auteurs décrivent un cas de leucémie myéloide à polynucléaires neutrophiles, après quoi ils mettent à point le problème de ces leucémies. Ils arrivent aux conclusions suivantes:

1) C'est une affection se rencontrant assez rarement n'en ayant été publié jusqu'a présent que 15 cas. L'observation des auteurs est la première publiée en Roumanie, étant en même temps l'une des plus typiques.

2) La symptomatologie diffère bien peu du tableau de la leucémie myéloide classique. La tendance à l'hémorragie est plus fréquente et l'hémorragie est plus intense que dans la leucémie myéloide classique.

3) Les modifications cantitatives et qualitatives des leucocytes, constituent la note caractéristique de cette affection. Les voici:

a) Le nombre des leucocytes est en général en dessous de 100.000 mmc. (il oscille entre 30.000—60.000).

b) Le pourcentage des granulocytes neutrophiles est élévé dans le sang périphérique, pendant que le ciffre des éléments jeunes est réduit. Dans le pourcentage des éléments jeunes rentrent les métamyélocytes et les myélocytes, de rars promyélocytes et de très rars myéloblastes.

4) L'epreuve à l'adrenaline a produit dans le cas décrit par les auteurs une élévation rapide du nombre des leucocytes (un peu plus que le double des leucocytes d'avant l'épreuve). Ce nombre a diminué après 50', sans avoir observé après l'injection d'adrénaline un grand nombre d'éléments jeunes dans la circulation.

b) La ponction sternale ne présente pas de modiffications caractéristiques, son aspect étant le même que dans la forme typique des leucémies myéloides.

c) La ponction splénique fournit les plus précieuses et les plus sûres indications pour le diagnostic, le traitement et le prognostic. Elle montre l'existence d'une metaplasie myeloide qui diffère de celle qui se rencontre dans la leucémie myéloide typique, par le fait que le nombre des polynucléaires adultes (dans le cas des auteurs 71,20%) représente la grande majorité des éléments, les formes jeunes représentant un pourcentage réduit (dans le cas de auteurs 5.2%).

5) Le sang est l'image du processus qui se passe dans la rate et non pas de celui qui se passe dans la moelle osseuse.

6) Le substratum anatomo-pathologique de la leucémie myéloide à polynucléaires neutrophiles est le même que celui de la leucémie myéloide typique.

7) La leucémie à polynucléaires neutrophiles garde en général, pour toute la durée de la maladie, ses caracteres hématologiques. Un seul cas s'est transformé en une leucémie myéloide typique, et deux en leucémies aïgues.

8) La durée de la maladie est la même que dans les formes typiques. Elle réagit bien à la radiothérapie.

9) Tous les auteurs ne sont pas d'accord quant au cadre nosographique de cette affection. Certains (Weil et Sée) la considérent comme étant la periode de dèbut d'une leucémie myéloide chronique, d'autres (Aubertin et Marchal) la considérent comme étant autonome.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nous croyons que la leucémie à polynucléaires neutrophiles n'est qu'une varieté de la leucémie myéloide typique.

10 Les modiffications du sang et des organes hématopoiétiques rencontrées dans cette sorte de leucémie, ne sont pas encore expliquées d'une manière satisfaisante.

11) Le cas de auteurs a présenté une particularité qui n'a pas encore été rencontrée: une polyarthrite des membres inférieurs et des petites articulations des mains.

Leukämie mit neutrophylen Leukozyten.

Die Verfasser beschreiben einen Fall von myeloischer Leukämie mit neutrophilen Leukozyten, geben eine Zusammenstellung der diesbezüglichen Literatur und gelangen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Leukämie mit neutrophilen Leukozyten ist eine seltene Erkrankung, im ganzen wurden bisher 15 Fälle veröffentlicht. Der mitgeteilte Fall, einer der typischsten bisher bekannten, ist der erste im rumänischen Schrifttum.

2. Das klinische Bild unterscheidet sich kaum von jenem der typischen Myelose. Die Neigung zu Blutungen ist grösser und wird öfter angetroffen als bei den myeloischen Leukämien.

3. Das Charakteristikum dieser Erkrankung besteht in den qualitativen und quantitativen Veränderungen der weissen Blutkörperchen und zwar:

A. Die Zahl der weissen Blutkörperchen bleibt im allgemeinen unter 100.000 (schwankt meist zwischen 30—60.000).

B. Die Prozentzahl der neutrophilen Granulozyten ist im peritären Blute erhöht Die Zahl der jungen Blutelemente ist gering und stellt sich aus Metamyelozyten, Myelozyten, selten Promyelozyten und äusserst selten Myeoloblasten zusammen.

4. Die Adrenalinprobe brachte in diesem Falle einen plötzlichen Anstieg der Leukozyten (etwas mehr als doppelt soviel wie vor der Probe) welcher nach

50 Minuten wieder zur Norm abfiel. Es wurde nach der Probe keine Ausschwemmung von jungen Elementen beobachtet.

B. Die Sternalpunktion brachte keine charakteristischen Veränderungen, sondern zeigte dasselbe Blutbild wie bei der typischen myeloischen Leukämie.

C. Die Milzpunktion gibt die wertvollsten und sichersten Anhaltspunkte für Diagnose, Behandlung und Prognose. Sie zeigt eine myeloische Metaplasie, welche sich aber von jener anderer myeloischen Leukämien dadurch unterscheidet, das die Zahl der reifen Neutrophylen (in diesem Falle 71,2% in überwiegender Mehrzahl angetroffen werden, während die jungen Elemente schwach vertreten sind) in diesem Fall 5,2% .

5. Das Blut spiegelt die Vorgänge in der Milz und nicht jene des Knochenmarkes wider.

6. Aus der Literatur geht hervor, dass die anatomo-pathologische Grundlage dieselbe ist, wie bei den typischen myeloischen Leukämien.

7. Die Leukämie mit neutrophylen Leukozyten bleibt im allgemeinen während des ganzen Krankheitsverlaufes vom hämatologischen Standpunkte betrachtet, unverändert. Ein Fall schlug in eine typische myeloische Leukämie, zwei andere in akute Leukämien um.

8. Die Krankheitsdauer ist dieselbe wie bei den klassischen Leukämien, die Reaktion auf Röntgenbehandlung ist gut.

9. Nosographisch betrachtet gehen die Meinungen auseinander. Die einen (*Weill* und *Sée*) betrachten die Krankheit als ein Anfangsstadium einer typischen Leukämie, während andere (*Aubertin* und *Marchal*) sie für eine selbständige Form halten. Die Verfasser sind der Ansicht, dass sie bloss eine Abart der typischen Leukämie ist.

10. Bisher gibt es keine einleuchtende Erklärung der Veränderungen die im Blute und in den blutbildenden Organen in dieser Krankheit stattfinden.

11. Der Fall wies eine Eigentümlichkeit auf die in anderen Fällen nicht beobachtet wurde: eine Polyarthritis der unteren Extremitäten und der kleinen Gelenke der Hände

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ULMARA
„Gamma"
FRICȚIUNE LICHIDĂ
Antireumatic,
Analgetic,
Revulsiv.
Reprezentanța pentru România: S. I. F. s. a. r.
București IV, Avram Iancu, 32
Telefon 5.51.51

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni ale Căilor urinare

*

Absolut netoxic Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

*

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT
Chemische Fabrik
Brackwede

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R
Str Sf Ionică, 8 — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL MENINGITEI CEREBRO-SPINALE CU COMPUŞI SULFAMIDICI PER OS.

de

D-r CONSTANTIN LUPESCU
Medic primar al spitalului Târgu-Jiu

Inainte de introducerea Seroterapii, meningita cu meningococ era o maladie extrem de gravă, cu o mortalitate de circa 80% şi cu numeroase sechele printre supravieţuitori. Tratamentul era simptomatic şi consta în: dezinfecţia rino-faringiană, punga de ghiaţă la cap, balneaţiuni calde, fricţiuni cu collargol, sedative şi tonicardiace.

Terapeutica cu ser, aplicată în 1906, în America de Flexner, în Germania de Koll, Wassermann, Jochmann şi în anul următor, în Franţa de Ch. Dopter, marchează o eră nouă pentru această maladie prin bunele rezultate obţinute.

Statisticile publicate în prima perioadă a seroterapiei, adică până la războiul mondial, sunt favorabile serului. Flexner dă o mortalitate de 31%, Schöner 27%, Teissier 19%, Wassermann 18%, Dopter 11,77%, Netter şi Debré 10,9% şi Koll 5%.

In 1911 Dopter consideră că serul este fără acţiune numai în cazurile cu parameningococ fapt ce l-a determinat să prepare un ser contra acestui microb iar în 1915, Louis Martin în raportul pe care îl face la Soc. medicală a spitalelor din Paris, relevă eficacitatea serului şi dă o mortalitate numai de 15%.

Incepând din 1916, diverşi autori, întâi în Anglia, apoi în Franţa şi'n alte ţări, au insuccese seroterapice şi uneori procentul mortalităţii ne reaminteşte epoca când meningita cerebro-spinală nu avea un tratament specific.

La congresul medical dela Bordeaux, din 1923, Dopter relatează că din 35 bolnavi trataţi cu ser, s'au vindecat numai 9, având deci o mortalitate de 72%.

Teissier cari în 1908 a avut o letalitate numai de 11% şi care fusese un aprig susţinător al serului, peste 19 ani, se întreabă dacă el mai are vre-o eficacitate deoarece din 69 bolnavi adulţi a pierdut 47. Smithburn şi colaboratorii săi, în America, au o mortalitate de 50—80%, Melnik şi Mitelman au pierdut la Harcow până la 70%

din bolnavi iar Rolleston, Gaskel, Forster dau cifre de 55—61%. In 1931, la oficiul de Higienă al Soc. Națiunilor, Madsen, față de insuccesele avute, crede că fabricarea serului antimeningococic nu mai este necesară. La spitalul Trousseau în decurs de 6 ani (1928—1933) E. Lesné a înregistrat o mortalitate de 55%.

In epoca de depreciere a serului, Medicii români arată că în țara noastră, eficacitatea seroterapiei este de necontestat. Profesorul Cantacuzino prezintă la Oficiul internațional de higienă, în 1930 și 1933, o mortalitate de 19,2% obținută în clinica infantilă București, în spitalul „Izolarea" Iași și în spitalul „Regina Maria" din București.

Printre cauzele cari explică inconstanță rezultatelor cari variază dupe autor, dupe epidemie și dupe regiune, fără îndoială că administrarea defectuoasă a serului se situează în primul plan.

Injecțiile de ser antimeningococic polivalent trebuiesc făcute intrarachidian pentru a acționa direct asupra agentului patogen și intramuscular pentrucă localizarea pe meninge este secundară unei septicemii cu punct de plecare rino-faringian. Seroterapia va fi precoce, intensivă și repetată, tratamentul nu va înceta înainte de dispariția meningococului din lichid.

Se va proceda, după recomandarea clasică, cu acul de puncție lombară într'o mână și cu microscopul în cealaltă. In cloazonarea fibrinoasă a meningelor, serul fiind impedicat de a circula în spațiul sub arachnoidian este necesar a practica injecții etajate și în special puncția sub occipitală. Sugarii prezintă frequent o meningită ventriculară manifestată prin turburări encefalitice și hipertensiune rachidiană și de aceea introducerea serului la ei se face prin puncția fontanelelor..

Uneori seroterapia deși bine aplicată este ineficace și în astfel de cazuri sunt inutile și chiar periculoase dozele masive și prelungite.

Serurile monovalente sunt superioare celor polivalente dar utilizarea lor este dificilă deoarece este nevoie a se depista tipul de meningococ într'un laborator bine utilat. In unele cazuri pentru a avea rezultate terapeutice trebue să se prepare ser servindu-ne de tulpini din epidemie mai ales că există multe varietăți de meningococi și s'ar putea ca serul polivalent cari se întrebuințează în mod curent pentru ușurința lui de a fi procurat, să aibe o acțiune slabă sau chiar să fie ineficace asupra meningococului respectiv.

La spitalul Militar din București, în serviciul de boli contagioase s'au tratat bolnavi cu ser preparat în țară și cu ser procurat dela Institutul Pasteur din Paris, având în primul lot o mortalitate de 3,84% iar în al II-lea 78,5%.

Insuccesele freqvente ale seroterapiii au condus la metode ajutătoare: vaccinoterapia, piroterapia și chimioterapia.

Prin descoperirea sulfamidelor orizonturi noi se deschid în combaterea bolilor infecțioase.

In 1932 Klarer și Mietsch au creiat prontosilul (chlorhidrat de sulfamidă-crizoidină) a cărei acțiune curativă asupra streptocociilor experimentale au fost afirmate în 1935, de G. Domagk. D-na Tre-Tfouel, Nitti și Bovet susțin că funcțiunea azoică din compoziția prontosilului n'are valoare curativă și că efectul terapeutic este datorită sul-

famidei puse în libertate, în organism. Colebrook, Buttler şi O. Meara, aduc o confirmare acestei aserţiuni dovedind că, în vitro, prontosilul n'are acţiune bactericidă asupra streptococului dar ca în vivo, prin reducerea lui, se formează para-amino-phenil-sulfamidă cari este activă.

Dupe ce s'a verificat eficacitatea sulfamidelor asupra streptococului, cercetări'e s'au extins şi la alţi germeni. Long şi Bliss observă că para-amino-Benzen-sulfamidă împiedecă desvoltarea culturilor de pneumococi.

In 1936, Buttler, Gray şi Stephenson obţin cu 1162 F. vindecarea şoarecilor infectaţi cu meningococi în timp ce martorii au sucombat.

Se pare că Schwenker, S. Gilmon şi Long, în Aprilie 1937, au fost primi care au folosit sulfamidele în tratamentul meningitei cerebro-spinală.

Ei publică vindecarea a 11 bolnavi prin injectarea intrarachidiană şi subcutană de soluţii saline de 0,8% de sulfamide.

Aproape totalitatea publicaţiunilor arată că introducerea sulfamidelor în tratamentul meningitei cerebro-spinală marchează un progres faţă de terapeutica de până atunci.

La începutul erii sulfamidice când preparatele erau mai puţin active ca sulfopiridina şi sulfothiazolul ce se întrebuinţează astăzi şi când pasologia lor nu era pusă la punct, majoritatea autorilor nu s'au dispensat de ser, şi au administrat un tratament asociat.

Pentruca acţiunea curativă a sulfamidelor să nu fie diminuată printr'o absorbţie incomplectă sau prin temporizare, s'a utilizat adesea injecţiile lombare cari pun imediat în contact soluţia curativă cu agentul patogen. Stabilindu-se însă că în meningita cerebro-spinală, sulfamidele sunt active şi în administrarea sub cutană, intramusculară şi bucală şi în măsura în cari s'au relevat frequente cazuri de paraplegii şi alte accidente produse prin atingerea elementelor nobile şi al meningelor cu soluţiile sulfamidate, întrebuinţarea căii rachidiene devine mai rară.

Prin injecţii de soludagenan în spaţiul sub arahnoidian, Armand Delille a avut cazuri mortale pe cari le-a comunicat la Soc. medicală a spitalelor din Paris, iar Germain şi Picard, cu acelaşi tratament au provocat, la un soldat, o paraplegie flască cu turburări trofice.

Leziunile nervoase ar fi produse dupe Ford şi Igert, prin acţiunea caustică locală a medicamentului căci dacă toxicitatea produselor ar fi în cauză, ea s'ar manifesta oricari ar fi calea de absorbţie.

Chiar dacă sulfamidele sunt administrate în injecţii subcutane, intramuşcular sau per os, ele nu-s lipsite de orice acţiune nacivă şi s'au semnalat accidente uşoare sau grave, datorite fie idiosincrazii, fie unei leziuni organice, fie unei posologii greşite.

Turburările mai des întâlnite, şi în mare parte produse de supra dozări, se manifestă prin astenie, cefalee, eritem morbiliform sau scarlatiniform, prurit intens, anorexie, greaţă, vărsături, febră şi uneori semne de iritaţie renală. Mai rar s'au citat cazuri de nevită optică (Bucy), Acidază (Southwort), anemii serioase (Harvey şi Janaway) şi Agranulocitoză (Jennings, Southwell-Sander).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Administrarea simultană de para-amino-benzen-sulfamidă şi de sulf expune la sulfhemoglobinemie în timp ce methemoglobinemia este datorită dozelor ridicate. Pentru a evita compuşi toxici se interzice de a asocia sulfamidelor, purgative saline şi derivate de gudron.

In 1937, Marshall, Emerson şi Cutting au constatat, la câinii, că absorbţia sulfamidelor ingerate se face repede şi aproape complect şi că administrarea subcutană nu este nici mai rapidă, nici mai importantă, iar la om, concentrarea lichidului cefalo rachidian este aproape jumătate din a sângelui. Cercetările lor, confirmate şi de Hobson, Crawfort conchid că sulfamidele administrate per os trec în lichidul cefalo-rachidian într'o doză suficientă pentru a distruge meningococul.

Procentul mortalităţii în meningita cerebro-spinală scade în măsura perfecţionării sulfamidelor şi prin adăugarea radicalului piridinic sau tiazol, la sulfamidele albe s'a obţinut sulfapiridină şi sulfathiazolul preparat mult superioare compuşilor azoici şi sulfanilamidelor. Statistica lui Säker (1941) ilustrează acest progres:

Serul antimeningococic, mortalitatea 50%, Prontosilul 42%, Uliron 27%, Prontalbin 19%, Sulfapiridină 5,8%, sulfatiazolul 4,2%.

Schwentker, Sidney, Gelman, în 1937, tratează 11 bolnavi numai cu sulfamide intrarachidian şi subcutan şi obţine 10 vindecări.

In Iulie 1938, Muraz, Chirle şi Quégniner într'o colonie Franceză (Niger) dau următoarele cifre prin tratamente diferite:

Numai ser, letalitatea 22,44%; ser + sulfanilamide (lysococin per os) 8,7%; lysococin intrarachidian 14,8%; lysococin per os 10,9%.

In 1940 A. Rusescu, Voiculescu şi Diaconu, comunică 10 cazuri tratate la spitalul de copii din Bucureşti cu soluseptazin şi prontossil intrarachidian şi intramuşchiular din care pierd un copil. Huber din Viena relatază 9 cazuri de meningită epidemică vindecate cu Eubasin în aplicaţie orală, rectală şi intravenoasă.

La noi în ţară, Hortopann şi Magda (1939) Constantinescu şi Minculescu (1941) Banu şi Mihăilescu (1941), Zaharia (1943), Gavrilă (1944), Constantinescu şi Zagora, Mustăciosul (1944) relevă acţiunea curativă a sulfamidelor administrate cu ser sau singure.

In secţia de boale contagioase a spitalului Târgu-Jiu, s'a internat în decurs de 60 zile, 8 cazuri de meningită cerebro-spinală cari tratate numai cu compuşi sulfamidici, pe cale bucală, s'au vindecat repede şi fără sechele.

Dăm în rezumat foile de observaţie:

Observaţia I-a. In ziua de 3 Februarie a. c., am fost chemat de urgenţă la un tânăr care era fără cunoştiinţă. G. Petre de 18 ani, de 48 Kgr. vizitiu, originar din Godineşti Gorj, i-a spus stăpânului său, în acea dimineaţă, că se simte slab şi că durerile de cap pe care le avea din ajun, au devenit insuportabile. S'a aşezat la pat şi peste două ore a fost găsit în stare de inconştienţă.

Capul mult tras înapoi, imposibil de a fi flexat datorită contracţiunii muşchilor gâtului. Atitudine tipică de cocoş de puşcă, Semnul Kernig şi semnul Bruzinsky prezente. Reflexele osteo-tendinoase diminuate. Temperatura 38.4, plus 92. Limba saburală, urina fără albumină, constipat.

Se transportă imediat la spital şi prin puncţie lombară se scoate lichid cefalo-rachidian care este purulent, hipertensiv. In frotiu se găsesc meningococi intra şi extra celulari, albuminele crescute, foarte numeroase polinucleare.

Faţă de gravitatea cazului intenţionam să-i fac un tratament mixt, dar neavând ser anti-meningococic am fost nevoit să-i administrez numai sulfamide.

I s'a dat per os, zilnic, câte 5 grame (10 pastile) de Eubasin, timp de 4 zile şi apoi încă 2 zile câte 3 grame. A luat pe toată cura 26 grame. Bolnavul în afară de injecţiile de camfor, n'a mai primit niciun alt tratament.

Dupe 24 ore bolnavul devine conştient, răspunde la întrebările ce i se pun, dar acuză dureri violente de cap. Temperatura 38,2, puls 92.

5. II. Temperatura scade dimineaţa la 36,7 dar seara urcă la 38,6. Lichidul încă turbure şi hipertensiv. In frotiu se găsesc meningococi. 7/II durerile de cap au cedat în intensitate, febră 37,3. 9/II redoarea aproape complect dispărută, lichidul cefalo rachidian limpede. Temperatura 36,9, puls 84.

Starea generală se îmbunătăţeşte zilnic, temperatura a rămas normală şi în ziua de 14/II, dupe 11 zile de internare, părăseşte spitalul, complect vindecat.

L'am revăzut dupe 15 zile, se simţea bine şi-şi vedea de ocupaţiuni.

Observaţia II-a. Copilul F. I. de 5 ani, de 22 Kgr., din Comuna Bărbăteşti-Gorj, este adus în secţia de boli contagioase, în a 4-a zi de boală, pentru febră, vărsături şi cefalalgii puternice.

Şade pe spate, are o pronunţată rigiditate a cefei. Semnele Kernig, Bruzinsky pozitive. Fotofobie, stări de agtaiţie, ţipă, temperatura 38,8.

Reflexele normale, pupilele egale, este constipat şi în urină nu are albumină.

Se administrează 4 zile consecutiv câte 1,50 grame Eubasin (de 6 ori câte 1/9 de pastilă) în total 6 grame.

Febra scade a II-a zi la 37,4, iar în a III-a zi este afebil şi fenomenele meningitice au dispărut. Copilul este complect restabilit în a 7 zi când părăseşte spitalul.

Observaţia III-a. P. Gheorghe de 15 ani, de 45 Kgr., din Comuna Dobriţa-Gorj, se internează la noi, în ziua de 25 Februarie a. c., cu violente dureri de cap, febră, vărsături.

Boala a început brutal, cu 4 zile mai înainte, cu frisson, cefalalgii şi vărsături. Simptomele boalei s'au agarvat astfel, că în ziua a III-a de boală era agitat, delira şi nu cunoştea niciun membru al familiei. Ziua următoare a redevenit lucid dar cefalalgiia era insuportabilă. De constituţie medie, pe corp nu se observă vreo erupţie. Pupilele egale, limba umedă acoperită cu un depozit alb. Bolnavul nu poate sta în picioare, mersul imposibil. Prin contractura puternică a muşchilor, capul este mult dat pe spate. Semnul Kernig şi Bruzinsky prezente. Febra 39,4, puls 15, lichidul purulent, hipertensiv. In frotiu numeroşi meningococi şi foarte multe polinucleare. Urină fără albumină.

Se administrează, per os şi prodie, 5 grame, Eubasin timp de 4 zile.

Simptomele se amendează, în a 4 zi nu mai are dureri de cap, se simte bine, merge prin salon. In a 13-a zi părăseşte spitalul complect vindecat.

Observaţia IV-a. S. V. de 16 ani, de 40 Kgr., din Comuna Runcu Gorj este adus în secţia de boale contagioase în ziua de 2 Martie 1944 cu stare generală proastă, dureri de cap şi vărsături. Bolnav de 4 zile, debut brutal. A fost inconştient şi delirant 48 de ore. Orientat în timp şi în spaţiu, răspunde la întrebările ce i se pun. Acuză dureri de cap şi are vărsături repetate.

Redoarea cefei, semnul Kernig şi Bruzinsky pozitive. Pupilele egale, reflexele osteo-tendinoase abolite. Temperatura 38,2, puls 86. Urina fără albumină. Lichidul cefalo rachidian louche, în frotiu meningococi şi polinucleare.

Digitized by Central University Library Cluj

Bolnavul ingerează în 3 zile, 15 grame Eubasin: 6 grame, 5 grame, 4 grame.

Dupe 3 zile febra scade la normal, puls, 72, lichidul limpede. In a 8-a zi complect restabilit.

Observaţia V-a. C. Victoria de 12 ani, de 33 Kgr., din Comuna Andreeşti Gorj, este adusă în stare gravă, cu simptome de meningită. Pe când se întorcea dela Şcoală, a fost cuprinsă de frisson, vărsături şi dureri de cap. In a 4-a zi de boală se internează în serviciu şi la examen constatăm temperatura 39,1, puls 96. Este agitată, semi-conştientă. Are vărsături continue, cefalalgii puternice, herpes labial, constipată, din prima zi de boală. Rigiditatea pronunţată a cefei, semnele Kernig şi Bruzinsky pozitive. Fotofobie şi midriază. Dunga meningitică prezintă. Lichidul purulent cu numeroşi meningococi şi polinucleare.

Se institue tratamentul cu Eleudron, bolnavul primeşte zilnic câte 5 grame timp de 4 zile şi apoi încă 2 zile câte 2 grame, în total 24 grame

Dupe 1 zi febra scade 37,4, puls 84, lichidul încă turbure cu meningococi. In a 3-a zi, febra urcă la 38,2, dar cefalalgiile au pierdut din intensitate.

In a IV-a zi, dupe ce trecu o noapte bună, lichidul este complect limpede, amicrobian. Redoarea s'a atenuat şi cefalalgiile au încetat.

In a 11-a zi de internare, iese vindecat din spital.

Observaţia VI-a. Fata D. Domnica de 16 ani, de 52 Kgr., din Comuna Turcineşti Gorj, este adusă în secţia noastră în a 2-a zi de boală, cu simptome de meningită. Un frate al ei a fost la noi, anul trecut, cu meningită cerebro-spinală. In antecedentele bolnavei Scarlatină şi Enterită disenteriformă.

Este agitată şi delirantă, nu recunoaşte pe mama ei. Varsă continuu.

Şade pe spate şi are rigiditatea cefei şi a coloanei vertebrale, în regiunea cervicală. Semnul Kernig şi Bruzinky pozitive.

Pupilele egale, reflexul la lumină diminuat, uşoară ptoză a pleoapei ochiului drept. Pe corp nicio erupţie, n'are herpes labial. Temperatura 39,5, puls 90.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se administrează Eleudron, în prima zi 12 pastile (de 6 ori câte 2) în a II-a zi 10 pastile (5 × 2), apoi 8 pastile (4 × 2) şi încă 2 zile câte 5 pastile. A ingerat în 5 zile 40 pastile adică 20 grame.

Dupe 24 ore îşi revine, se plânge că nu vede bine şi că are dureri de cap. Temperatura a scăzut la 37,1, puls 72.

In a III-a zi. Cefalgiile atenuate, redoarea a diminuat din intensitate, poate să meargă.

In a IV-a zi de tratament lichidul fără meningococ, este limpede. Părăseşte spitalul în ziua de 21/III, după 12 zile de spitalizare şi 5 zile de tratament.

Observaţia VII-a. Vasile S. de 24 ani, lucrător pe valea Jiului este adus la noi în ziua de 13 Martie a. c., în a 5-a zi de boală cu simptome de meningită.

Original din Judeţul Cahul, lucrează de 2 luni în Judeţul nostru. Căsătorit cu 2 copii, n'are nimic deosebit în antecedente.

De constituţie bună, cu ţesuturile bine desvoltate, cântăreşte 82 Kgr.

Pe corp, în afară de herpes labial care este extins, nu se observă nicio erupţie. Acuză dureri violente de cap, are vărsături, se simte ameţit şi slab încât nu poate sta în picioare. Pupilele egale, reacţionează la lumină. Reflexele osteo-tendinoase diminuate.

Şade pe spate, construcţiunea muşchilor cefei impune capului o atitudine rigidă şi din această cauză flexiunea capului este imposibilă şi încercările dureroase. Semnul Kernig şi Bruzinsky pozitive, temperatura 39,4, puls 112.

Bolnavul ingerează în 5 zille 25,50 Eleudron.

In prima zi 7 grame (de 7 × 2 pastile) în a 2-a zi 6 grame (6 × 2) în a III-a şi a IV-a zi câte 5 grame (de 5 × 2) iar în a 5-a zi numai 2,50 grame (de 5 × 1).

Dupe 24 ore febra scoboară la 38,2. In a 4-a zi de tratament

bolnavul este complect apiretic, fără cefalalgii, cu lichidul cefalo rachidian limpede şi amicrobian.

In ziua de 24 Martie, dupe 15 zile de spitalizare, părăseşte secţia, complect restaiblit.

Observaţia VIII-a. In ziua de 23 Martie către seară am fost chemat la copilul Gr. B. de 11 ani, de 26 Kgr., din Târgu-Jiu, care prezintă o stare gravă, cu inconştienţă, febră şi o erupţie cutanată.

Bolnav de 1 zi, boala a început cu fiori de frig şi dureri de cap. Faţa roşie, buzele şi limba uscate, ceafa rigidă, muşchii abdomenului contractaţi, semnul Kernig şi Bruzinsky pozitive. Dunga meningitică se provoacă pe abdomen la o mică atingere şi se păstrează îndelungat. Semnul Babinsky absent. A doua zi dimineaţă starea lui părea că se îmbunătăţeşte dar dupe amiază, a început să verse, durerile de cap erau violente, pe corp i-a apărut o erupţie, iar pela orele 16, nu mai cunoaşte familia.

Se internează imediat în spital, se procură Eubazin şi se recomandă mamei copilului, de a-i da în cursul serii şi al nopţii 6 pastile.

In ziua de 24/III, la vizită, copilul este conştient, acuză cefalalgii puternice. Erupţia cutanată dispărută. Copilul stă pe spate.

Pupilele egale, reacţionează la lumină, reflexele rotuliene exagerate temperatura 39,1, puls 118. Lichidul cefalo rachidian turbure şi hipertensiv. In frotiu numeroase polinucleare şi meningococi.

Se administrează per os, încă 2 zile câte 6 pastile şi apoi 3 zile câte 4 pastile de Eubasin. A ingerat în 6 zile 15 grame.

Starea bolnavului se ameliorează zilnic astfel că în a 3-a zi de tratament, este apiretic şi lichidul limpede, fără meningococi. Cefalalgiile au cedat treptat şi în a IV zi au dispărut complect.

Dupe 8 zile de spitalizare pleacă acasă vindecat.

Bolnavii au avut forme severe de meningită, în special cel dela observaţia I-a. prezenta o stare extrem de gravă şi numai lipsa de ser şi sulfamide injectabile ne-a limitat la tratamentul cu eubasin per os. Impresionat de efectele terapeutice am utilizat şi la bolnavii următori numai aceaşi medicaţie.

Pentru a trage concluziuni juste ne-am abţinut dela o chimioterapie simptomatică. Compuşii sulfamidici au fost administraţi în mod fracţionat, timp de 3 până la 6 zile, în medie 4 zile.

Doza zilnică pe Kgr. corp, au fost cuprinse între 0,06 ctg. şi 0,15 ctg., în medie 0,12 iar doza globală a trecut dela 0,27 la 0,58 grame, în medie 0,42.

Comparând cifrele noastre cu datele altor autori observăm că am întrebuinţat doze mai slabe, şi mai puţin prelungite, determinaţi însă în cea mai mare parte de faptul că bolnavii noştri proveniau din medii lipsite de mijloace şi familiile lor nu le puteau procura decât cantitatea de sulfamide minimă necesară. Totuşi rezultatele au fost excelente şi n'am avut, poate datorită şi acestui fapt, turburări sulfamidice.

Febra şi durerile de cap au cedat în majoritatea cazurilor dupe 3 zile de tratament. Dispariţia meningococului şi limpezirea complectă a lichidului s'a produs între a 4-a şi 5-a zi, iar bolnavii au părăsit secţia, în medie, dupe 10 zile de spitalizare.

Diagnosticul a fost totdeauna confirmat de laborator şi extracţiile lichidului, în cantităţi reduse, 3—4 pentru fiecare bolnav, au fost făcute în scopul de a controla evoluţia boalei.

Unii autori, în special Hueber, Türk, Beumer şi Hüttenhain

se declară contra punctiilor frequente în timp ce Seyfried, Birkmayer, Camerer cred că prin decompresiunile ce le produc, ar fi foarte utile.

Cazurile noastre au apărut sporadic, în diferite Comune, uneori destul de depărtate între ele încât presupunem că în cauză au fost mai multe varietăți de meningococi.

La părăsirea spitalului, am recomandat bolnavilor de a reveni în cazul că s'ar produce o reaprindere a simptomelor. N'am avut reșute cu toate că dozele administrate au fost mici.

Meningita cerebro-spinală care era înainte de terapia cu ser o maladie înspăimântătoare prin letalitatea ei și prin frequența sechelelor a rămas totuși o maladie gravă chiar în era seroterapiei. Prin sulfamide mortalitatea a fost mult scăzută încât cu drept cuvânt Haase a spus că meningita cerebro-spinală și-a pierdut prin aceasta terapeutică din gravitatea ei.

Din experiențele noastre de până acuma avem convingerea că trebue renunțat la ser și că tratamentul cu sulfamide este mai eficace, mai ușor de administrat și mai puțin costisitor.

El ne scutește de neplăceri'e serului, începând dela erupția serică până la meningita serică. Se știe cât este de greu de a se face punctii rachidiene unor bolnavi contractați și hipersensibili. Iar la sugari se impunea punctia fontanelelor. Punctiile etajate practicate în cloazonarea meningelor, mai ales cele din regiunea suboccipitală, trebuiesc făcute de Medici specializați.

Tratamentul cu sulfamide per os poate fi administrat de orice medic și utilitatea lui va fi apreciată de toți dar mai ales de cei din regiunile îndepărtate de un centru medical.

Biblioteca Universitară Iuliu Haţieganu Cluj

Lucrări utilizate:

L. Ramon: clinique médicale vol. 9. — **Lt. Col. C. Popescu** și **Cpt. Panaitescu:** epidemiologie. — **A. Marquézy:** Tratament de la Méningite cérébro-spinale, thérapeutique médicale Loeper Page. 250. — **Armand-Delille, Lestocquoy, R. Tiffeneau:** Presse médicale 1937, Page. 1515. — **René Martin** și **Delaunay:** Presse médicale 1937, Page. 1406. — **Muraz, Chirle** și **Quéquiner:** Presse médicale 1113—1938. — **Ravina:** Presse médicale 1939, Page. 371. — **Tixier:** Presse médicale, Page. 33—1939. — **Gournay** și **Moliton:** Presse médicale 1940, Page. 539. — **Jean Célice, Grenier, Fallot:** Presse médicale 1940, Page. 641. — **Russesco, Voiculescu, Diaconu:** Presse médicale 1940, Page. 641. — **Fort.** et **Igert:** Presse médicale 1940, Page. 693. — **E. Banu** și **Mihăilescu:** Mișcarea Medicală 1941, Page. 205. — **C. S. Constantinescu** și **Mineulescu:** Romanie médicale 1941, Page. 299. — **N. I. Zaharia:** Mișcarea Medicală Română 1943, Pag. 661. — **Gavrilă:** România medicală 1944, Pag. 13. — **Mustăciosu:** România medicală 1944, Page. 35. — **Cornelin Constantinescu** și **Maria Zagora:** România medicală 1944. Page. 61. — **Savy:** Terapeutique clinique, 2062. — **Segard:** 1936, 437.

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

intravenos:

KOMBETIN

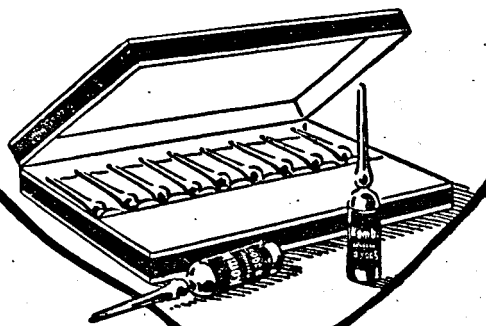
(Strophanthin Boehringer)

fiole de 0,5 mg

intramuscular:

Myokombin

1 fiola 0,5 mg Kombetin + 0,7 Novocain (Bayer)



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forck, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Clinica Chirurgicală şi Boalele Căilor Urinare din Cluj-Sibiu.
Director: Profesor D-r Emil Ţeposu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CANCERULUI PENIAN IN LEGĂTURĂ CU DOUĂ CAZURI RECENT OPERATE

de

D-r MIRCEA POPLUCA şi **D-r IOAN BIRĂU**
Asistenţi de clinică

Autorii în lucrarea lor în legătură cu două cazuri de cancer penian recent operate — fac un studiu complet etiologic, patogenic şi anatomo-patologic asupra acestei afecţiuni, precum şi din punct de vedere al diagnosticului, prognosticului şi tratamentului.

Intre cauzele predispozante, dau mare importanţă fimozei congenitale şi câştigate, iar din punct de vedere al confirmării diagnosticului, în majoritatea cazurilor practica biopsia. Tratamentul radical este cel chirurgical şi care consta mai ales într'o amputaţie — mai mult sau mai puţin întinsă a penisului — cu ablaţia sistematică a ganglionilor inghino-crurali — fie în acelaş timp, fie la un oarecare interval de timp după extirparea tumorei - căutând a se păstra o parte cât mai mare din penis, pentru uşurinţa actului de micţiune.

Cum recidivele în cancerul penian sunt foarte rare după al treilea an, se consideră ca vindecată această afecţiune, dacă timp de trei ani post operator, n'a avut loc nici o recidivă.

In lumina cunoştinţelor actuale, cercurile ştiinţifice medicale sunt preocupate azi mai mult ca oricând de marea şi dificila problemă a tumorilor în general, care prin extinderea lor din ce în ce mai mare pe de-o-parte şi prin insuficienţa cunoştinţelor asupra cauzelor lor pe de altă parte, constituiesc un adevărat flagel social, în cât nu există un congres sau o reuniune ştiinţifică care să nu atingă sub o formă oarecare această vastă şi importantă problemă a neoplasmelor.

In privinţa tumorilor localizate la nivelul organelor genitale masculine, în afară de interesul comun pe care îl prezintă tumorile în general, mai prezintă şi interesul particular al acestor organe care sunt sediul celor mai multe vestigii embrionare şi în plus sunt prin excelenţă generatoare de celule tinere; atribute cari în starea actuală a cunoştinţelor noastre constituie condiţiunile propice în desvoltarea unei tumori.

Dintre tumorile cu localizare la nivelul organelor genitale mascu-

Biblioteca Universitară Regele Ferdinand I din Cluj ROMÂNIA

fine, cancerul penian pare să fie cunoscut din vechea antichitate. Celsius în lucrarea sa „de Re medica" vorbește despre pericolul acestei afecțiuni. Iar în secolul al VI-lea după Christos Aetius și Paul d'Egine fac o distincție între papilome sau vegetații de natură benignă și cancerele propriu-zise ce sunt de natură malignă, ocupându-se și de tratamentul lor. Calliseu în lucrarea sa „Sistema chirurgiae hodiernae" se ocupă de gravitatea amputației. La fel Ambroise Paré în secolul al XVI-lea, care inventează o canulă de argint pentru a se adapta la organul amputat, dirijând astfel jetul de urină și salvând într'o măsură oarecare demnitatea de om a acestor nenorociți. Mai târziu, marele chirurg Guillaume Fabrice de Hilden din secolul al XVIII-lea preconizează o tehnică de amputație proprie.

Dar studiul propriu-zis clinic al acestei afecțiuni, începe abia în secolul al XIX-lea. Astfel unii autori ca Hey, Traves și Erichsen, studiază cancerul penian din punct de vedere etiologic, arătând importanța mare pe care o prezintă fimoza în etiologia neoplazică a acestui organ; iar alții ca Lisfrank, Buret etc., studiază această afecțiune din punct de vedere anatomo-patologic. Marele sifiligraf Ricord studiază această afecțiune în raport cu sifilisul. Demarquay în anul 1876 a publicat un studiu amănunțit asupra cancerului penian și bazat pe un mare număr de cazuri observate; studiu care își păstrează valoarea sa și în timpurile noastre.

Cancerul penian este considerat ca o afecțiune relativ rară, din care cauză este puțin studiat. Din punct de vedere al gradului de frecvență în diversele tumori peniene, el vine imediat după vegetațiunile sau papilomele peniene. In mod excepțional întâlnim sarcome și mult mai excepțional endoteliomele: aceste tumori cu mult mai maligne fiind deosebite de cancerul epitelial numai prin examen histopatologic, deoarece clinic distincțiunea nu este posibilă. După diferiții autori, frecvența cancerului penian variază astfel: în Franța, Ducuing constată 7 cazuri din 2300 canceroși, deci un procent de 0.28%; în Anglia, Barker la 9991 cancere ale pielei, găsește 1749 cancere ale penisului, deci un procent de 17%; în Rusia, Kessel constată 7 cazuri la 345 canceroși, un procent de 8,04%; în Statele-Unite (Saint-Louis) Leighton la 1364 cancere la om, găsește 18 cancere peniene (1.3%), iar în Cicago Mazwell află 12% cancere peniene. La noi, Prof. Iacobovici și Prof. Teposu, găsesc la 1177 canceroși, 9 cazuri de cancere peniene, adică 0.75%.

Paul Desaive din Liege este de părerea că pe când în Extremul Orient această afecțiune este foarte frecventă, în Europa și America cazurile de cancer penian survin destul de rar. Vârsta medie a bolnavilor atinși de această afecțiune variază între 40—70 ani. Se citează cazuri excepționale a lui Creite la un copil de 2 ani; la fel a lui Freyer la un copil de 15 ani și a lui Stein la un copil de 20 ani. In statistica lui Demarquay pe 94 cazuri se constată: 9 cazuri între 20—30 ani; 14 cazuri între 30—40 ani și 66 cazuri între 50—70 ani. Cazurile lui Ricaud, Kaufmann și Kalef, trec toate peste 40 ani. Smith pe 50 cazuri găsește vârsta medie de 59 ani. In Clinica Chirurgicală și Urologică din Cluj-Sibiu s'au prezentat din 1920 și până în prezent

31 cazuri de cancere peniene. După vârstă au fost: între 30—40 ani 5 cazuri, dintre care unul la 28 ani şi altul la 30 ani; între 40—50 ani 7 cazuri; între 50—60 ani, 4 cazuri şi peste 60 ani au fost 15 cazuri.

Din punct de vedere etiologic în cancerul penian deosebim două feluri de cauze: generale şi locale.

Cauze generale: 1. Hereditatea după Ramstedt nu pare să joace un rol important, iar Lewis într'o statistică de 34 cazuri, a găsit numai la 5 cazuri părinţii subcombând de cancer. In general astăzi nu se mai atribuie aproape niciun rol acestui factor. 2. Contagiunea semnalată de mai mulţi autori ca: Demarquay, Martin, Mac Farland, Mauclaire etc. şi cari au observat cazuri de cancere peniene la indivizii ce au avut raporturi sexuale cu femei suferinde de cancer al colului uterin şi inverşi Hartman, Frank şi alţii au observat cazuri de cancere uterine la femeile ale căror bărbaţi suferiseră de cancer penian. Insă toate aceste cazuri pot fi simple coincidenţe, fără vreo legătură dela cauză la efect, deoarece frecvenţa cazurilor de cancere uterine este cu mult mai mare faţă de numărul redus al cazurilor de cancere peniene.

Cauze locale: traumatismele şi diferitele iritaţiuni şi inflamaţiuni locale de natură banală, veneriană etc.; ulceraţiile de orice natură; transformarea tumorilor benigne în maligne şi foarte important este şi prezenţa fimozei la aceşti bolnavi.

1. Traumatismele în general ca şi contuziile la cei ce practică masturbaţia sunt considerate de Ducuing ca un factor neglijabil.

2. Iritaţiunile locale: E. Dormans explică în parte marea frecvenţă a cancerului penian în Extremul Orient (Chinezi etc.), prin acţiunea iritantă a medicamentelor chineze cu bază de extract de cantharidă şi de care se face uz contra leziunilor sifilitice. La fel se explică frecvenţa cazurilor de cancer penian la hornari, unde este iarăşi vorba de o iritaţie mică permanentă şi prelungită — o condiţie locală necesară pentru apariţia neoplasmului (Desaive).

3. Inflamaţiunile locale: balano-postitele cronice cu formări de aderenţe; diferitele afecţiuni epidermice ca leucoplazia şi eritroplazia glandului, maladia lui Paget, a lui Bowen etc.; apoi leziunile sifilitice incriminate de unii autori ca profesor André dela Nancy etc., dintre cari unii dau importanţă mai mare cicatricei şancroase în geneza neoplasmului penian. La fel blenoragia şi şancrul moale ar influenţa apariţia cancerului penian, prin iritaţia cronică ce o întreţin (Förster).

4. Ulceraţiunile de orice natură, fistulele urinare, elefantiaza la fel ca şi tumorile benigne ale penisului, sunt afecţiuni ce pot degenera la un moment dat într'un neoplasm al penisului.

5. In fine, majoritatea autorilor atribuie un rol genetic foarte important fimozei şi mai ales celei congenitale (Hey, Dean, de Kaplan etc.), observând lipsa de cancer penian la indivizii circumscrişi. De aceea, A. Majantz, preconizează circumcizia preventivă la copii. Rolul fimozei se explică tot printr'o iritaţie continuă, datorită retenţiei de urină, acumulării de smegmă, balano-postitei cronice cu formare de aderenţe etc. Prezenţa însă numai a fimozei nu este suficientă, deoarece s'au descris cazuri de cancere peniene la indivizi necircumscrişi şi fără fimoză (Dormans în China), precum şi la Musulmani cu circumcizie (Pacha în

Constantinopol). Deci, fimoza atât de frecvent întâlnită în antecedentele acestor bolnavi (în statistica noastră pe 31 cazuri s'a găsit fimoza la 9 cazuri, iar factorul hereditar în 5 cazuri), este considerată ca o cauză predispozantă, dar nu-i mai puţin adevărat că existenţa fimozei este adesea consecutivă cancerului penian. Această afecţiune neoplazică este apanajul vârstei adulte sau a bătrâneţei, dar după cum am văzut nu este exclus să apară şi la o vârstă mai tânără în jurul lui 30 de ani şi deseori o vedem că se desvoltă pe o veche cicatrice a glandului sau prepuţului.

Anatomia-patologică.

Având în vedere importanţa mare a sistemului limfatic în evoluţia şi extinderea procesului neoplazic, precum şi în aceea a eficacităţii tratamentului operator, înainte de a trata acest capitol, vom aminti pe scurt dispoziţia anatomică a limfaticelor peniene. Astfel avem două grupe de limfatice: 1. Limfaticele superficiale ale învelişurilor peniene şi 2. Limfaticele propriu-zise ale penisului.

Primele iau naştere în partea anterioară a prepuţiului şi se unesc într'un trunchiu ce merge alături de vena dorsală a penisului. Acest trunchiu primeşte limfaticele ce vin dela rafeu şi care ajung la el conturând feţele laterale ale penisului. Aceste vase la nivelul ligamentului suspensor, se îndreaptă unele la dreapta şi altele la stânga terminându-se în ganglionii inghinali superficiali din grupul supero-intern.

Limfaticele propriu-zise iau naştere dela nivelul glandului sub forma unei reţele intra-mucoase foarte fine şi a unei submucoase cu ochiuri mai largi. De aici pornesc o serie de mici colectoare cu direcţia spre frâul penisului şi spre şanţul balano-prepuţial unde formează reţeaua descrisă de Panizza. Aici ele primesc câteva ramuri care vin dela mucoasa uretrală, apoi se reflectează şi ajung îndărătul coroanei glandului, urcându-se la partea mediană unde se unesc cu cele de partea opusă, formând mai multe trunchiuri cari merg paralel cu vena dorsală a penisului. La ligamentul suspensor al penisului ele formează un plex presimfizar unde se pot găsi şi doi mici ganglioni. De aici pleacă mai mulţi colectori unii luând calea crurală, iar alţii cea inghinală.

Trunchiurile crurale în număr de 3 sau 4 sunt dispuse în sens vertical: cel inferior se termină într'un ganglion inghinal profund, aşezat în canalul crural îndărătul venei femurale; al doilea trunchiu merge spre un ganglion subjacent, situat în partea internă a inelului crural, adică ganglionului lui Cloquet; al treilea şi al patrulea trunchiu trec prin inelul rural, se reflectează peste ligamentul lui Gimbernat şi se varsă în ganglionul retro-crural intern.

In rezumat toate aceste trunchiuri se varsă într'o serie de ganglioni suprapuşi în sens vertical, aşezaţi la început pe partea internă a venei femurale şi apoi a venei iliace externe.

Trunchiurile inghinale în număr de 2, merg spre partea posterioară a canalului inghinal alături de elementele cordonului. Deseori găsim pe traectul lor un mic nodul ganglionar, aşezat la nivelul intrării în canalul inghinal. Ele se varsă într'un ganglion aşezat pe artera iliacă externă — ganglionul retro-crural extern.

Pawloff-Silvansky descrie trei sisteme limfatice ale penisului: 1. Limfaticele prepuțiului se varsă în ganglionii inghinali superficiali; 2. Limfaticele glandului se varsă în ganglionii superficiali, ganglionii crurali profunzi și ganglionii situați deasupra simfizei, și 3. Limfaticele mucoasei uretrale au aceeași cale ca și al doilea sistem, fiind în comunicație directă cu canalele colectoare ale teritoriului vezical și cu ganglionii profunzi ai pelvisului.

Deși calea limfatică inghinală descrisă de Marcille în 1902 a fost contestată de Pawloff-Silvansky, totuși se recomandă în scopul unei evidări ganglionare complete, ca în cursul operației să se facă ablația completă a pedicululuí limfatic și a țesutului grăsos din canalul inghinal. Acest pedicul situat pe pereteie posterior al canalului, se găsește acoperit de elementele cordonului, încât ajungând la vasele limfatice, suntem obligați de a ridica cordonul inghinal, care ulterior va fi pus la loc după terminarea intervenției chirurgicale.

Modul de propagare al cancerului penian. Invaziunea ganglionară.

Este interesant de a cunoaște modul de propagare a fiecărei forme, ca să ne putem da seamă cum să ne conducem tratamentul în fiecare caz în parte.

Epiteliomul cutanat al penisului care e cel mai frecvent se întinde numai în suprafață, putând învelí penisul ca într'o teacă. Invazia directă a corpilor cavernoși, în cancerul superficial este mai precoce în localizările pe șanțul balano-prepuțial și ale glandului, decât în acelea ale organului propriu-zis, pentru care fascia penisului și albuginea constituie o rezistență. Cancerul se însinuiază de preferință în corpii cavernoși la nivelul șanțului balano-prepuțial, între baza glandului și extremitatea corpilor cavernoși. In cancerul glandului s'au notat nuclei canceroși, fără conexiune aparentă cu restul tumorei și cari rar se produc la o mare distanță de neoplasm. Alții au găsit mici nuclei embolici chiar în plin țesut sănătos, apărând la microscop ca mici grăunțe formate din celule neoplazice, cari umplu țesuturile și spațiile erectile. Invaziunea corpilor cavernoși contribuie să dea forma erectantă a penisului, descrisă de Laborde. Corpii spongioși sunt rari invadați în cancerul superficial al penisului — lucru ce survine de regulă în cancerul uretrei. Aceasta s'ar explica prin faptul că albuginea corpului spongios este elastică și rezistă mai bine extensiunii neoplazice și afară de aceasta limfaticele glandului și ale șanțului balano-prepuțial se îndreaptă toate către trunchiurile situate pe partea dorsală a penisului. Uretra rămâne în majoritatea cazurilor neatinsă, chiar dacă tot penisul este deja distrus prin extensiunea tumorii. In fazele prea înaintate neoplasmul poate atinge întreg corpul penian, scrotul, partea inferioară a abdomenului, fața internă a coapsei și în cazuri rare prostata și vezica urinară.

Răsunetul ganglionar este frecvent: cum neoplasmul penian fiind în enorma majoritate a cazurilor ulcerat, deschide o poartă de intrare infecțiunii, astfel că o bună parte din adenopatiile întâlnite sunt de natură inflamatorie. Caracterele clinice nu sunt suficiente ca să le putem diferenția, căci aspectul inflamator nu exclude coexistența unei metastaze ganglionare (un proces mixt neoplazic și inflamator). Singurul examen

anatomo-patologic a ganglionilor, poate diferenția și preciza leziunile. Acest examen anatomo-patologic fiind practicat de mai mulți autori n'a dat decât rezultate foarte variabile. Majoritatea autorilor au găsit că numai 30% din cancerele peniene prezintă metastaze ganglionare.

Din cele de mai sus vedem ce variate sunt căile de propagare ale cancerului penian și cu câtă grijă trebue să executăm ablația ganglionilor și a căilor limfatice, cari ar putea da recidive și metastaze, compromițându-ne astfel rezultatul operator.

In general dispoziția anatomică a limfaticelor peniene explică prin existența plexului presimfizar, posibilitatea ca o leziune inițial limitată la stânga să fie însoțită în evoluția ei, de o adenopatie dreaptă și apoi frecvența mai mare a adenopatiilor inghino-crurale, față de cele iliace sau lombo-aortice, cari sunt prezente mai ales în tumorile scrotale și testiculare.

Mai des cancerul penian apare sub formă primitivă și mult mai rar sub formă secundară, în urma unui cancer al organelor de vecinătate: vezica urinară, prostata, scrot, testicul, s'au produs prin embolii metastatice ce se opresc adeseori în corpii cavernoși.

Din punct de vedere topografic penisul se poate împărți în patru teritorii: 1. Teritoriul cutanat (cu frenul și învelișul cutanat al prepuțiului); 2. Teritoriul mucos (cu glandul și șanțul balano-prepuțial); 3. Teritoriul profund (cu sistemul cavernos) și 4 Teritoriul profund uretro-mucos (cu uretra și glandele anexe).

In ceea ce privește frecvența localizării cancerului penian în aceste diferite regiuni, aceasta variază cu diferiții autori: așa Barney citează 69% localizări pe gland; Kauffmann din 33 cazuri, găsește 20 cu localizări pe prepuțiu, iar după Ricaud localizarea mai frecventă este la nivelul șanțului balano-prepuțial, apoi glandul și pe urmă frenul. In Clinica Chirurgicală și Urologică din Cluj-Sibiu la un număr de 31 cazuri, avem următoarea localizare: 10 cazuri pe șanțul balano-prepuțial; 8 pe gland; 8 pe prepuțiu; 3 la nivelul meatului și 2 la nivelul frenului.

In general însă se poate spune că localizarea obișnuită a cancerului penian este în primul rând, la nivelul șanțului balano-preputial și părțile învecinate ale glandului și a suprafeței mucoase a prepuțiului, apoi vine glandul propriu-zis, părțile cutanate, prepuțiul și frenul. Iar localizarea inițială la nivelul meatului uretral și a corpilor cavernoși este cu mult mai rară (Desaive). Deci debutul cel mai frecvent este la nivelul șanțului balano-prepuțial și anume în vecinătatea frenului, ceea ce s'ar explica prin procesul de degenerare neoplazică a glandelor sebacee (Ponçet); de altfel frecvența cancerului penian la acest nivel se datorește aspectului anfractuos a acestei regiuni cu retenție de murdărie și secreție fiziologică.

Aspectul macroscopic al neoplasmului penian, variază după regiunea unde apare inițial. Așa la nivelul șanțului balano-prepuțial debutează sub forma unei ulcerațiuni sau a unui butonaș dur, care în curând se ulcerează și deseori din cauza unei fimoze preexistente, leziunea este invizibilă, iar organul ia forma unei limbe de clopot. Glandul devine dur și se ulcerează și procesul de infiltrațiune prinde aproape

simultan şi prepuţiul, care se edematiază şi se întăreşte dând senzaţia de carton, deseori producându-se şi o fimoză secundară cu retenţie de secreţie la acest nivel.

Dacă debutează la nivelul glandului, neoplasmul ia aspectul unui buton dur gros, lemnos şi lenticular pe faţa dorsală a glandului, deasupra meatului urinar; iar alteori ia aspectul unei leucoplazii. Deseori se produce şi o fimoză, fie pe motivul că şi prepuţiul este interesat, fie din cauza unei infecţiuni supra-adăogate. Pe pielea penisului apare sub forma unui buton dur şi roşu, ce repede se ulcerează devenind uşor sângerând la cel mai mic traumatism şi având la ibază o duritate lemnoasă (este o leziune care invadează repede organul atât în profunzime cât mai ales în suprafaţă).

La nivelul meatului urinar cancerul penian debutează foarte rar şi mai des avem de-aface cu un cancer al uretrei; în acest caz meatul va lua aspectul de pâlnie neregulată sfacelată şi sângerândă, iar mucoasa glandului se va îngroşa şi prepuţiul se va scleroza, în urma procesului inflamator cronic.

Din punct de vedere anatomo-patologic deosebim după Küttner trei forme:

1. **Forma hipertrofică sau epiteliomul penian vegetant.** Este cea mai frecventă formă; are aspectul şi extensiunea unui papilom, ce se exulcerează rapid, fiind însă mult mai dur şi foarte uşor sângerând. Deseori debutul este mascat de către o fimoză veche sau recentă, rezultată dintr'o balano-postită ocazionată adeseori de epiteliom. In acest caz, există la orificiul prepuţului o scurgere sero-purulentă uneori colorată cu puţin sânge, iar la palpare se constată prin prepuţ o induraţie. In puţin timp tumoara îmbracă o formă burjonantă, invadând progresiv întreg glandul şi prepuţiul, făcând meatul uretral de nerecunoscut. In această masă se produc veritabile ulceraţiuni, cari degajă o serozitate caracteristică galbenă-verzuie, murdară şi cu un miros respingător fetid.

Extensiunea se face spre rădăcina penisului, care în acest stadiu a fost comparat cu un cocean de varză. Prin această extensiune se prind şi celelalte organe uro-genitale apropiate: scrotul, testicolele, prostata, vezica urinară, precum şi vasele bazinului. Din punct de vedere histologic această formă de cancer penian este constituită din celule pavimentoase numite şi „perle epiteliale".

2. **Forma ulcerativă sau cancroidul.** Aceasta este caracterizată printr'o ulceraţiune din ce în ce mai întinsă şi mai profundă cu marginile dure şi eversate ca o ciupercă. Are un caracter de invadare mai mult în profunzime, dând metastaze rapide; deseori produce o perforare a uretrei.

3. **Forma infiltrativă.** Este o formă gravă care apare sub aspectul unui nodul şi infiltrează repede organul în profunzime, ajungând până la corpii cavernoşi (poate duce la o confuzie cu induraţia plastică a corpilor cavernoşi). Această formă de tumoară dură lemnoasă poate ajunge la un volum considerabil şi pare să fie foarte malignă (Küttner, Demarquay, Waldeyer). In general însă corpii cavernoşi sunt cu mult mai rar atinşi de cancerul penian. Unii autori susţin că ar fi vorba de sarcoame desvoltate din traveele conjunctive şi invadarea lor se face fie

prin metastaze, fie pe cale directă — mai ales la nivelul şanţului balano-prepuţial, unde se însinuiază uşor prelungirile plecate din epiteliom (Morenstein); pe când înapoia acestui şanţ fascia penisului se prezintă ca o barieră ce oferă o rezistenţă cu mult mai mare la extensiunea neoplasmului desvoltat pe piele şi în ţesutul celular subcutanat. Iar prin metastazele aduse dela distanţe mai ales dela organele vecine (testicol şi prostată), corpii cavernoşi pot fi invadaţi pe cale sanghină. Cât priveşte corpul spongios acesta numai în mod excepţional poate fi atins, tocmai contrar dela ceea ce se petrece în cancerul penian profund al uretrei.

Din punct de vedere microscopic epiteliomul pavimentos analog cu cancerul pielei este varietatea obişnuită a cancerului penian. După Rubens-Duval şi Lacassagne, deosebim un **epiteliom cu celule nediferenciate — epiteliomul bazocelular** — a cărui celule sunt aranjate în cordoane, iar stroma mai mult sau mai puţin bogată prezintă o oarecare reacţie limfoidă; şi **epiteliomul cu celule diferenciate de tipul epidermoid mucos** (vechiul epiteliom pavimentos mixt), **sau cutanat** (vechiul epiteliom spino-celular) şi care constituie forma cea mai obişnuită a cancerului penian.

In Clinica Chirurgicală şi Urologică din Cluj-Sibiu din cele 31 cazuri de cancere peniene, 19 cazuri au fost epiteliom spino-celular şi 12 epiteliom bazo-celular. De cele mai adeseori extensiunea cancerului penian se face prin embolii celulare, dând adenopatiile satelite cu sau fără limfangite neoplazice, după cum afecţiunea este mai mult sau mai puţin avansată (Ewing, Dean, etc.).

Biblioteca Centrală University Library Cluj

In general, frecvenţa adenopatiilor satelite este în medie de 75% (Martin, Guzman) şi într'o perioadă mai avansată se poate vedea cum se exulcerează şi vegetează aceşti ganglioni la rândul lor; uneori însă pentru o durată de timp destul de lungă nefiind vorba decât de adenite inflamatorii şi nu neoplazice. Rareori se observă metastaze la distanţe. Aşa Chavannaz şi Simeon raportează un caz cu metastaze în vertebra a V-a lombară şi în peretele aortei. Desaive citează cazuri cu metastaze în pielea pubelui şi a perineului. Lewis în regiunea femurală şi la nivelul pulmonului, iar Menetrier în pericard. Organele mai des atinse par a fi: plămânii, pleura, pericardul, pielea, ficatul, stomacul şi sistemul nervos central.

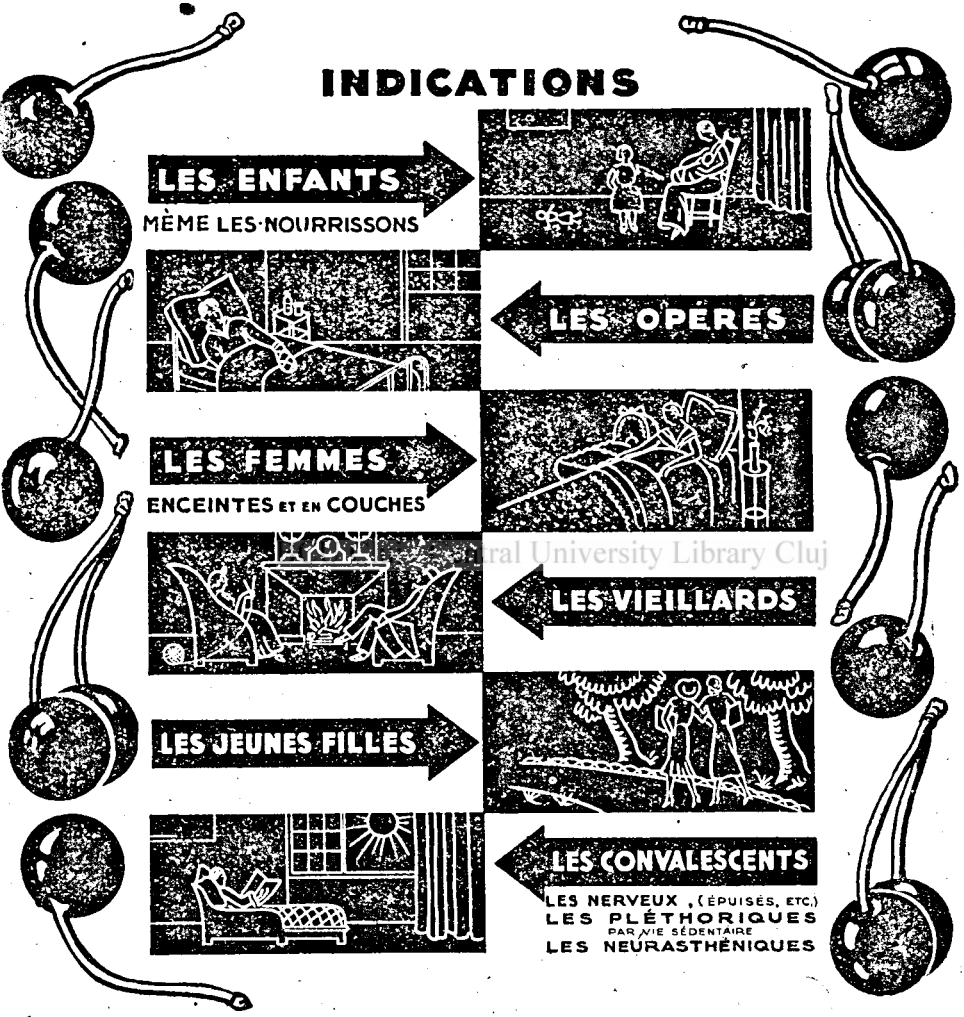
Evoluţia şi simptomatologia.

Obişnuit epiteliomul epidermoid evoluiază spre moarte în timp de unul până la trei ani (Barney şi Ducuing). Sunt şi cazuri cu mers mai rapid în 6—8 luni, sau cu o durată mai lungă până la 5 ani. Schreiner pe 60 cazuri citează 19 cazuri, evoluând între 2—14 ani, iar restul între 6 luni până la un an. Epiteliomul bazo-celular prezintă de obiceiu o evoluţie foarte lentă şi progresivă (cazul lui Gougerod rămas în acelaşi stadiu după 8 ani). In general moartea este rezultatul extensiunii locale şi pelviene şi se produce prin hemoragie, infecţie, caşecsie şi mai rar prin metastaze.

In ceea ce priveşte simptomele subiective, acestea sunt foarte discrete. In marea majoritate a cazurilor, bolnavii se prezintă la medic fiind

sirop laxatif GOBEY PARIS

INDICATIONS



Central University Library Cluj

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

Laboratoires „HEMOSTYL" - Pari

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

frapați de deformația organului, fără să prezinte alte fenomene ca durere, etc.. Uneori însă și durerea poate să fie prezentă — aceasta fiind în cazurile mai puțin avansate, în legătură fie cu tracțiuni pe prepuțiu, erecțiuni sau tentative de coit, fie cu iritațiuni prin urină sau infecție cu edem secundar al organului. Iar în cazurile avansate, durerile pot fi foarte intense. Pe urmă este prezent și mirosul fetid de pește stricat, care se exhală din leziunea canceroasă. La fel pot să survină și turburări în micțiune datorite procesului de invadare a leziunii neoplazice. Astfel, în formele avansate cu destrucții uretrale și fistulizații prepuțiale, s'au descris cazuri cu turburări în micțiune ca modificări ale jetului de urină, etc.. (Cope Z. a descris un caz de uremie prin retenție de urină, provocată de obstrucția uretrei prin vegetațiuni neoplastice). Tot așa pot să survină și tulburări genitale ca erecțiuni dureroase, etc., datorite metastazelor din sistemul cavernos (Garofado).

Alt simptom destul de caracteristic îl constituie scurgerile putride, adesea amestecate cu sânge; hemoragiile putând deveni foarte abundente și grave în cazurile avansate — când sunt invadați și corpii cavernoși. Vom percepe și adenopatie care de obiceiu este bilaterală și indoloră. Însă deseori din cauza unei infecțiuni secundare, se complică cu periadenită și astfel ganglionii pot deveni foarte sensibili, deși leziunea primară canceroasă rămâne indoloră.

Prognosticul.

Cancerul penian netratat de loc duce fatal la moarte într'o perioadă de 2—4 ani. Însă prin mijloacele terapeutice de cari dispunem în prezent — aplicându-le în condițiuni convenabile —, se atenuiază în mare măsură gravitatea prognosticului.

Diagnostic și diagnostic diferențial.

Când cancerul penian este în plină evoluție pe baza simptomelor sale caracteristice, diagnosticul este destul de ușor. Din contră în perioada de debut, sunt forme am putea spune invizibile, cari deseori ne pun într'o mare dilemă, putând astfel foarte ușor să confundăm această leziune cu numeroase stări patologice cu totul de altă natură.

Nu vom uita niciodată să ne gândim la cancer, oridecâteori ni se va prezenta un bolnav peste 40 ani cu o fimoză, ce maschează o tumoretă și care poate fi foarte ușor confundată cu o balano-postită cronică sau cu o leziune șancroasă. Vom face întotdeauna biopsia și examenele de laborator, putând fi vorba și de o leziune sifilitică (în cele 31 cazuri ale noastre, biopsia s'a făcut la 17 bolnavi).

In caz de epiteliom vegetant, confuzia poate fi făcută cu un papilom, deși acesta este puțin indurat și fără tendință de exulcerare; și aici diagnosticul se va lămuri prin biopsie. Formele ulcerative (cancroidul) pot fi confundate cu un șancru moale, ce se caracterizează prin durere, adenopatie cu tendință spre supurație, autoinoculație și prin punerea în evidență a spreptobacilului Ducrey; sau și cu un șancru sifilitic mai frecvent. In acest caz vom face examinările de laborator obișnuite pentru sifilis, precum și o simplă biopsie care va fi hotărîtoare.

Diagnosticul diferențial cu tuberculoza penianâ. Aceasta se pre-

zintă de altfel destul de rar şi se caracterizează printr'o leziune ulcerativă cu fond neregulat cenuşiu-gălbui şi cu o serozitate ce se concretizează într'o crustă subţire şi netedă, iar marginile ulceraţiunii fiind violacee, policiclice serpiginoase şi decolate; ganglionii inghinali sunt foarte infiltraţi fără să fie duri, iar prepuţiul rămâne elastic fără a forma fimoză. Vom face şi aici biopsie şi inoculări la cobai şi vom ţine cont şi de vârstă — tuberculoza peniană ştiind că apare între 20—30 ani —, perioadă în care cancerul penian este excepţional.

Mai sunt apoi încă câteva afecţiuni cari mai pot fi discutate aşa: herpesul genital caracterizat prin vezicule tipice şi situat cu totul superficial; apoi eritroplazia, psoriaza prepuţială, maladiile lui Bowen şi ale lui Paget, abcesul cronic al penisului ce survine în complicaţiile blenoragiei cronice şi granulomul ulceros frecvent mai ales în India şi Brazilia. In toate aceste afecţiuni vom face biopsie.

Dacă tumoara este localizată în corpii cavernoşi, putem să ne gândim la un şancru intra-uretral sau gomă sifilitică, noduli gonococici, sau la induraţia plastică a corpilor cavernoşi. (Şi în aceste cazuri singură biopsia ne dă un diagnostic de certitudine).

Deci, în concluzie biopsia este hotărîtoare în diagnosticul cancerului penian şi un examen histopatologic precoce, va fi salutar pentru bolnavi.

Cum în etiologia acestei afecţiuni este vorba de obiceiu de o perioadă destul de lungă de preparaţie locală sub formă de iritaţie, infecţie şi inflamaţie cronică, s'a propus de unii autori unele măsuri de profilaxie în cancerul penian. Astfel Majantz şi Wolbartz propun circumcizia precoce; iar alţii cea tardivă — în adolescenţă, când de obiceiu dispare fimoza fiziologică a copiilor. Se mai recomandă în acelaşi scop diverse naturi dela nivelul penisului şi cari prin prezenţa lor cronică pot favoriza cancerizarea organului. Şi în sfârşit mai intervine şi factorul educativ familiar şi medico-şcolar, în direcţia întreţinerii unei riguroase toalete a organelor genitale.

Tratamentul cancerului penian.

Acest tratament poate fi paliativ sau conservativ: curetaj, electro sau termocauterizare; radio sau radium-terapie. Acesta însă nu ne asigură rezultate bune în toate cazurile, astfel că tratamentul chirurgical rămâne tratamentul suveran în această afecţiune.

In raport cu extensiunea tumorii tratamentul chirurgical va consta din:

1. Ablaţia simplă a neoplasmului.
2. Amputaţia parţială a penisului.
3. Amputaţia totală a organului şi
4. Emasculaţia totală, adică exereza penisului, scrotului şi testicolelor deodată cu pachetele ganglionare, bolnavul rămânând cu o meatoplastie perineală.

1. **Ablaţia simplă a neoplasmului.** (Lisfrank, Auvray, Pascal, Maurestin, Leighton, Marion, etc.), posibilă numai în perioada de debut al afecţiunei şi este un ideal rar accesibil (Desaive). Acest procedeu constă

fie din ridicarea unei părți a frenului, fie din decorticarea glandului, circumcizie sau diatermo-coagularea tumorii și a patului ei.

2. **Amputația parțială a penisului** (Boyer, Velpeau, Monod, Marion, etc.), această intervenție chirurgicală prezintă următorii timpi:

a) Incizia pielei (eliptică sau circulară) combinată cu câte o incizie curbă dela splina iliacă antero-superioară de fiecare parte, până la pubis — când este vorba și de o evidare ganglionară bilaterală.

b) Ligatura venei dorsale și a arterelor dorso-laterale.

c) Secțiunea transversă a corpilor cavernoși.

d) Secțiunea corpului spongios și a uretrei la un cm. înaintea corpilor cavernoși.

e) Sutura corpilor cavernoși prin puncte separate profunde.

f) Meato-plastie cu sutura uretrei la buza inciziei cutanate și sondă a demeure până la vindecare.

Este o operațiune mai puțin mutilantă, permițând adesea coitul și fără a modifica regimul micțiunilor. Nu tot la fel se petrece în caz de amputație la nivelul pubelui, când bolnavul prezintă multe inconveniente în actul micțiunii și de aceea în aceste cazuri unii autori ca Thiersch, Montaz, Mac, Cormac, recomandă să se facă o uretrostomie perineală cu sau fără realizarea unui scrot bifid. Iar alții ca Franke — prin faptul că uretra rămâne timp îndelungat indemnă — propune conservarea unui segment important din uretră și care cu ajutorul unui lambou cutanat perineal sau pubian să creieze un tub asemănător penisului.

3. **Amputația totală a penisului** împreună cu rădăcina corpilor cavernoși (Cabadé, Davalos, Marion), se aplică în cazurile cu diseminări de noduli neoplazici în corpii cavernoși și spongios. Constă în exereza penisului și a rădăcinei corpilor cavernoși până la inserția lor ischio-pubiană, cu sau fără rezecția parțială de scrot și cu uretrostomie perineală.

4. **Emasculația totală** (Annandale, Rumpel, Duval, Gatellier, Marion, Juvara, etc.) este o intervenție foarte gravă și mutilantă, fiind rezervată numai cazurilor rare unde procesul neoplasic a invadat și scrotul cu testicolele. Constă din:

a) Incizia în T cu ramura verticală dublă, sau incizia curbă mergând dela o arcadă crurală la alta, și pe care se grefează o incizie în U periscrotală.

b) Secțiunea și ligatura cordoanelor cu sau fără eliberarea maselor celulo-ganglionare inguino-crurale.

c) Secționarea și ablația penisului și scrotului.

d) Sutura corpilor cavernoși și a bulbului, cu sutura uretro-cutanată în unghiul posterior al inciziei și în fine sutura pielei în formă de T. Închiderea este perfectă grație unui lambou cutanat perineo-scrotal.

Procedeele operatorii de mai sus pot fi însoțite sau urmate (operație în doi timpi), de o evidare bilaterală a ganglionilor inghino-crurali și chiar iliaci (Gosset, Frucchaud, Lavau, Toma Ionescu, etc.). Tehnica evidării constă din o celulo-adenectomie regională completă cu o disecție perfectă, nelăsând pe loc decât organele esențiale; mai ales că este bine știut că în tumorile penisului propriu-zis, se prind de regulă grupurile ganglionare inguino-crurale, iar în cele scrotale și testiculare, grupurile iliace și chiar lombo-aortice.

procedăm cu ajutorul pielei scrotale la o meatoplastie uretrală. Suturăm parțial plaga operatorie cu fire de crin de Florența, plagă care astfel reunită ia aspectul unei rachete cu manșonul în sus.

Piesa examinată anatomo-patologic ne-a dat următorul rezultat, care a confirmat diagnosticul nostru: **în secțiunile făcute la nivelul tumorei penisului, este vorba de un carcinom pavimentos, iar în secțiunile din ganglioni se vede o hiperplasie a țesutului limfoid, fără să se observe metastaze carcinomatoase (pentru Dir. Inst. Anat. Path. D-r. Dachnovici).**

Tratamentul post operator a evoluat normal fără nicio complicațiune. Tot timpul am făcut uz de sonda à demeure, pe care o schimbam la 3—4 zile până la vindecarea bolnavului, care a părăsit Clinica în ziua de 4/VII. 1943. (Figura 2).

AL II-LEA CAZ: bolnavul C. M. 46 ani, căsătorit, de profesiune funcționar de naționalitate și religie ort. român, cu domiciliul la Brașov. A intrat în Clinică la 11/VI. 1943.

Antecedente heredocolaterale: mama moartă la vârsta de 76 ani; tatăl trăește și este diabetic.

Antecedente personale: bolnavul este cardiac și prezintă o fimoză congenitală. Inainte cu doi ani a suferit o infecție blenoragică; neagă alte boli cu caracter infecto-contagios. Nu este fumător ci este alcoolic moderat.

Boala actuală a debutat în felul următor: din cauza fimozei congenitale cu ocazia contactului sexual bolnavul prezenta eroziuni și fisuri ale prepuțiului, ce erau foarte dureroase și deseori produceau și sângerări.

Inainte cu doi ani bolnavul tratându-se de infecțiunea sa blenoragică observă apariția unei eroziuni pe organ, care în câteva zile s'a transformat într'o ulcerațiune la nivelul prepuțiului; această ulcerațiune se extinde după câteva săptămâni și pe fața dorsală a glandului. Aceste leziuni erau indolore, producând bolnavului mai mult o senzație de mâncărime continuă, însoțită și de o scurgere de secreție galbenă murdară. Bolnavul pune în legătură cu lavagiile uretrale apariția acestor leziuni, cari se mențin și după terminarea tratamentului blenoragic-având chiar o tendință de extensiune la nivelul glandului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul consultă mai mulți medici particulari, cari îi fac cauterizări și injecții cu bismut și neosalvarsan — crezând că ar fi vorba de o leziune sifilitică; dar toate aceste tratamente au fost fără nici un efect.

In luna Februarie 1943 bolnavul se supune la operație pentru fimoză și după această intervenție chirurgicală, observă că leziunile sale ulcerative de pe gland sunt destul de extinse, fără să aibă vre'o tendință de oprire sau dispariție. Din acest motiv bolnavul consultă din nou mai mulți medici particulari, cari îi fac diverse tratamente locale, fără însă să observe vre'o ameliorare și deaceea consultă încă odată medicul său operator, care suspectându-l de o leziune tumorală, îi recomandă internarea în serviciul clinicei noastre.

La examenul local: constatăm o leziune ulcero-papilomatoasă care prinde întreg glandul mai accentuat pe fața lui dorsală, acoperită în parte de cruste și secrețiuni murdare; iar consistența era dură și ușor sângerândă la cea mai mică atingere, dându-i în acest caz și o senzație dureroasă. Micțiunile erau normale însă erecțiunile dureroase; ganglionii inguino-crurali nu erau palpabili. (Figura 3).

Procedăm la executarea unei biopsii, a cărui rezultat anatomo-patalogic a fost următorul: **formațiune papilomatoasă cu un început de transformare malignă (carcinom spino-celular). Pf. Dir. Inst. Anat. Pat. D-r. Dachnovici.**

In fața acestui diagnostic ne decidem pentru o intervenție chirurgicală pe care o și executăm la 19/VI. 1943:

Op. D-r. Birău Ioan
Aj. D-r. Popluca Mircea
utilizând narcoză cu protoxid de azot.

Am făcut o amputație parțială a penisului, fără evidarea ganglionilor inguino-crurali, după procedeul Marion.

Post operator: starea generală a bolnavului s'a alterat din cauza

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 5-6/1944

de

M. POPLUCA și I. BIRĂU
Asistenți de clinică

PLANȘĂ

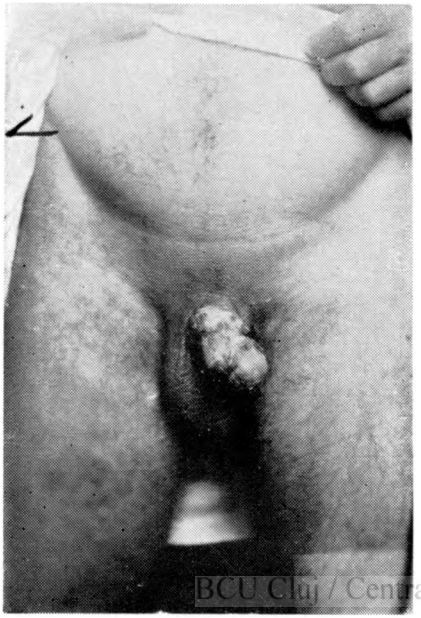


Fig. 1 (I-ul caz)
Aspectul organului înainte de operație

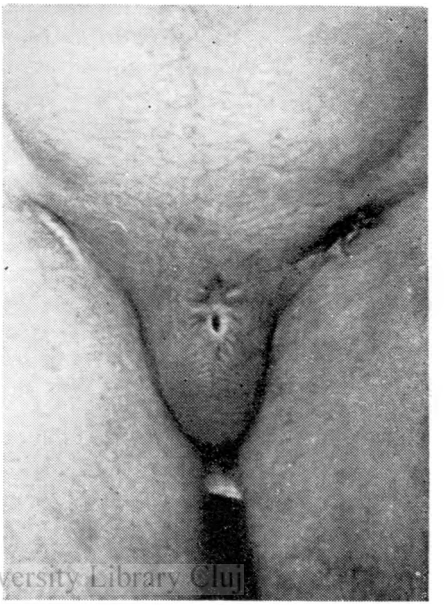


Fig. 2 (I-ul caz)
Aspectul plăgilor operatorii vindecate

BCU Cluj / Central University Library Cluj

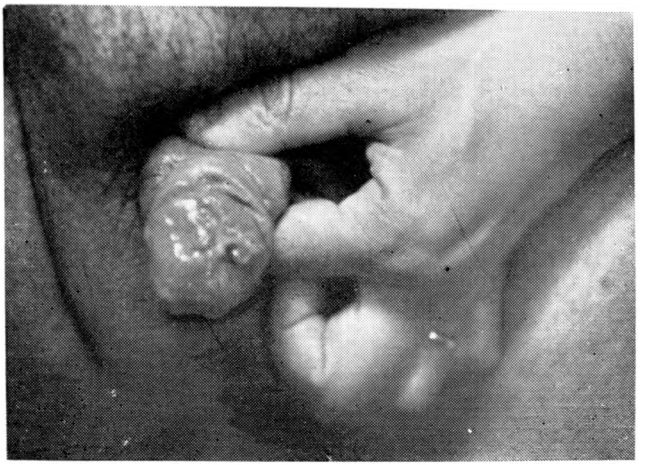


Fig. 3 (Al II-lea caz)
Aspectul organului înainte de operație

BCU Cluj / Central University Library Cluj

miocarditei şi a unei pneumonii supraadăugate (bolnavul era foarte obes — cântărind peste 120 kg.) şi astfel cu tot tratamentul riguros aplicat în astfel de afecţiuni — ne putând fi salvat —, bolnavul a sucombat pe ziua de 1/VII. 1943.

Am crezut interesantă publicarea acestor două cazuri împreună cu consideraţiunile asupra afecţiunii pe care o prezintă, deoarece sunt cazuri care se întâlnesc destul de rar şi deseori dau naştere la confuzii de diagnostic şi consecutiv la aplicare de tratamente greşite, arătând în acelaşi timp şi rolul important al biopsiei la punerea diagnosticului de certitudine în cancerul penian.

Concluzii:

1. Cancerul penian survine mult mai rar, decât cancerul altor organe, constituind un procent de 0,75% din numărul total de cancere. Apare mai des la vârsta înaintată între 40—70 ani, uneori însă şi sub această vârstă.

2. Cancerul penian constituie o afecţiune gravă cu un pronostic întotdeauna rezervat, deoarece recidivele sunt posibile chiar după intervenţiuni chirurgicale largi.

3. Între cauzele predispozante, ca cele mai importante trebuiesc semnalate: fimoza congenitală şi câştigată, iritaţiunile pielei şi ale mucoasei prepuţiului (şancre, balanite, balano-postite, etc.), precum şi orice moment favorabil acumulării la acest nivel de secreţiune fiziologică sau patologică, ce produce o iritaţiune cronică continuă.

4. Epiteliomul penisului are o evoluţie înceată şi intervenţia chirurgicală făcută la timpul oportun exclude recidivele.

5. Aspectul şi evoluţia leziunei ne permite diagnosticul de probabilitate, iar biopsia trebue practicată întotdeauna, căci ea singură ne permite confirmarea diagnosticului.

6. Biopsia este decisivă în diagnosticul acestei afecţiuni şi un examen anatomo-patologic precoce va fi salutar; acest examen va evita pierderea de timp preţios şi agravarea leziunei prin diverse tratamente banale, excluzând astfel diagnosticurile greşite şi în consecinţă mutilaţiunile inutile.

7. Cunoaşterea sistemului limfatic penian este de o importanţă covârşitoare din punct de vedere al propagării şi al tratamentului cancerului penian.

8. În această afecţiune avem două mijloace terapeutice eficace: tratamentul chirurgical şi fizioterapic (Roentgen şi Radium-terapie).

9. Tratamentul fizioterapic pentru formele incipiente este foarte bun, dându-ne posibilitatea să obţinem vindecări fără mutilaţiuni; roentgen-terapia se va aplica mai des asupra adenopatiilor, iar radium-terapia mai frecvent pe leziunea primară.

10. Tratamentul chirurgical va consta în majoritatea cazurilor într'o amputaţie mai mult sau mai puţin întinsă a penisului cu ablaţia sistematică a ganglionilor inghino-crurali, dacă starea bolnavului o permite. Dacă este posibil se va nizui în a se păstra o parte cât mai mare din penis, pentru uşurinţa actului de micţiune.

11. Exereza ganglionilor se va face în acelaşi timp sau la un oarecare interval de timp după extirparea tumorei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

12. Recidivele post-operatorii sunt mai dese la nivelul ganglionilor şi apar mai frecvent în special în primele luni dela operaţie.

13. Recidivele sunt foarte rare după al treilea an, încât un epiteliom al penisului poate fi considerat vindecat, dacă timp de 3 ani n'a avut loc nicio recidivă.

14. Cu cât intervenţia chirurgicală va fi mai precoce, cu atât şi rezultatele post-operatorii vor fi mai bune.

BIBLIOGRAFIE

Asmus V.: Resultats du traitement de l'epithelioma de la verge. (Teză, Paris 1927). — **Astraldi A.:** La amputacion de la verga a bisturi diatermice. (Buenos Ayres 1931). — **Bădescu A.:** Curietherapie du cancer penien. (Revista de Chir. 1928). — **Berard et Chalier:** Epithelioma de la verge. Amputation total du penis. (Lyon medical 1909). — **Betances M.:** Les epitheliomes du gland. Quelques remarques sur leur diagnostic et pronostic (1919). — **Cathelin:** L'enigme etiologique du cancer (1927). — **Chevalier:** Un cas de cancer de la verge (1932). — **Chevassu:** Diagnóstic du cancer de la verge (1926). — **Cuneo et Marcille:** Note sur les limphatiques du gland (1901). — **Dambrin Louis (Toulouse):** Cancer total des organes genitaux externes de l'homme, avec destruction complete dé la verge (Soc. fr. d'urologie du Sud-Est; seance du 2 Fevrier 1936 a Nice). — **Desaive Paul:** Contribution a l'etude du cancer de la verge (1933). — **Demarquay:** Maladies chirurgicales du penis (1877). — **Ducuing:** Precis de cancerologie (1923). — **Ferrari, Viallet et Morand:** Le traitement du cancer de la verge (1932). — **Ferry G.:** Indicatiοns therapeutiques actuelles du cancer de la verge. — **Fodere V.:** Etude clinique et statistique du cancer du penis. — **Franche O.:** Considerations sur le cancer du penis (1930). — **Fruchaud H.:** Extirpation et adenopaties cancereuses de la region inguinale. — **Gatellier et Duval:** Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil genital de l'homme. — **Gualdrimi G.:** Due case di carcinoma del pene (1907). — **Guilera:** Tratamiento del cancer del pene (1930). — **Guyon F.:** L'epithelioma de la verge (Paris 1905). — **Haberer V.:** Bëdeùtùng der chirurgische Behandlung f. die Bekämpfung des Krebses (1931). — **Higgins et Curtis:** Technique de l'ablation du penis (1929). — **Houplain:** Epithelioma atipique de prépuçe a generalisation rapide (Echo medical du Nord; 4 Fevrier 1933 p. 55). — **Ionesco Th.:** Emasculation avec evidement du pelvis et des regions inguinales pour cancer du penis. Bucureşti (1901). — **Iacobovici I.:** Cancerul Cluj 1927. — **Juvara:** Emasculation totale (1912). — **Jungano M.:** Cancer de la prostate, consecutif a l'ablation d'un adenome periuretral (Journal d'urologie vol. XXIV. p. (424). — **Lavau:** Chirurgie du cancer de la verge (1933). — **Martin Laval (Marseille):** Cancer des corps ceverneux secondaire a un cancer de la prostate (1931). — **Martin Laval** (Marseille): Destruction partielle du gland par une ulceration a fuso-spirilles, ayant evolue en deux ans, ayant fait penser a un neoplasme (Soc. francaise d'urologie du Sud-Est; seançe du 2 Fevrier 1936 à Nice). — **Maurestin:** Cancer de la verge. — **Murdoch, Loicq et Simon** (Brüxelles): Le traitement curietherapique des epitheliomas de la verge (Journal belge d'urologie: Octobre 1933 p. 357). — **Orsos E.:** Zur malignität der Hauthörner am penis (1931). — **Poenaru C.:** Emasculaţia în epiteliomul penisului. — **Radu L.:** Epiteliomul penisului, Teză 1928. — **Rene Christen:** Etude sur le cancer primitif de l'uretre chez l'homme (Journal d'urologie vol. XIX p. 304). — **Ricaud J.:** Contribution a l'etude du cancer de la verge. (Teză 1927). — **Rubens-Duval:** Atlas du cancer. — **Salrases:** Tuberculose dela verge (1921). — **Walbarst A.:** Circumcision and penile cancer (1932). — **Wurmser R.:** L'epithelioma primitif de l'uretre perineal chez l'homme (Journal d'urologie vol. XXIV. p. 497).

Considerations sur le cancer du pĕnis, en liaison avec deux cas récemment opérés.

Les auteurs dans leur ouvrage — en liaison avec deux cas de cancer du penis récemment opérés—font une étude complète éthiologique, pathogénique et anatomo-pathologique sur cette affection, de même qu'au point de vue du diagnostic, pronostic et du traitement.

Parmi les causes prédisposantes ils attachent beaucoup d'importance au phimosis congénital et acquis et en ce qui concerne la confirmation du diagnostic, ils pratiquent la biopsie dans la majorité des cas. Le traitement radical est chirurgical qui consiste le plus souvent, dans une amputation plus ou moins étendue de l'organ, avec l'ablation systhématique des ganglions inguino-cruraux—soit en même temps, soit à un interval de temps après l'extirpation de la tumeur—cherchant à garder la plus grande partie possible du pénis, pour la façilité de la miction. Comme les récidives dans la cancer de la verge sont très rares après la troisième année, on considère cette affection comme guérie si pendant trois ans après l'opération aucune récidive n'a eu lieu.

Considerazioni sul canchero del penis, in relazione con due casi recentemente operati.

Gli autori nel loro lavoro in riguardo a due casi recentemente operati, fanno uno studio completo etiologico, pathogenico, ed anatomo-pathologico sopra questa affezione ed anche al punto di vista della diagnosi, del pronostico et del trattamento.

Fra le cause predisposanti, essi danno molta importanza a la fase congenitale ed acquistata ed al punto di vista della confirmazione della diagnosi, essi praticano, nella magioranza de casi, la biopsia. Il tratamento chirurgicale e radicale il quale consiste, il piu sovente in un amputazione, piu o meno estesa dell' organo, coll'ablazione sistematica dei ganglioni inguino-crurali—o stesso tempo, o ad un intervallo di tempo dopo l'estirpazione del tumore—cercando di conservare la piu gran parte del penis, per la facilità della miczione.

Si come le recidive nel canchero del penis sono pocco frequenti, dopo il terze anno, questa affezione vienne considerata comme guarita, si nel corso di tre anni dopo l'operazione, nessuna recidiva non si è manifestata.

Betrachtungen über Peniskrebs im Zusammenhang mit zwei Fällen die kurzlich operiert wurden.

Die Verfasser machen in ihren Wercke im Zusammenhang mit zwei kürzlich operierten Fällen von Peniskrebs—ein completes etiologiches, pathogenetisches und anathomo-patologisches Studium über diese Afection—sowie von Standpunkt der Diagnostic, Prognostic und Behandlung. Nebst den Gründen der Veranlagung, legen sie ein grosses Gewicht auf erbliche und erworbene Vorhautverengung phimosis), von Standpunkte der Bestätigung der Diagnosis—in der Merheit der Fälle—wenden sie die Biopsie an. Die Radikalbehandlung bestelt in Operation, eine mehr oder weniger grosse Amputation des Penis, mit sistematischer Entfernung der inguinocrurale Ganglionen, gleich zeitig mit der Operation oder nach einer gewissen Zwischenzeit—bei Beibehaltung eines moglichs grossen Theiles des Penis für Entleerung des Harnes.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puțină apă zaharată.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

2-12 compr. la 1 litru de apă, după caz. Igiena intimă: 1-2 compr. la un litru de apă.

STĂRI NERVOASE — INSOMNII — AGITAȚIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2-3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei sau numai în apă.

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2-3 linguriţe sau linguri pe zi, după vârstă, înaintea meselor.

ARSURI — ERITEME — ECZEME — PRURIT — FISURI ANALE — HEMOROIZI

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

În pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

3-4 linguriţe pe zi, cu apă rece dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută şi cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicaţiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptococcie-Stafilococcie-Colibaciloză
Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice
ADULŢI: 6-10 comprimate pe zi.

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" laboratorul de produse farmaceutice Marcel Hott 2 bis, Str. Prof. Ion Bogdan-Bucureşti III. — Telefon 211-78

FUNCTION DU FOIE DANS LE PALUDISME

par

L. RADVAN

Médecin de l'hôpital militaire de Bucarest

Dacă după impresiunea generală s'ar putea atribui paludismului o leziune a ficatului, dat fiind că ciroza paludică este o entitate, starea funcţională şi structurală „în vivo" a acestui organ nu pare să fie studiată. Este tocmai ce ne-am propus studiind deocamdată cu testul galactozic aspectele funcţionale ale celulei hepatice în diversele forme de paludism.

Insuficienţa hepatică la paludici, mai frecventă decât am putea bănui şi cu urmări destul de serioase, constituie o problemă, căreia în practică nu i se acordă importanţa cuvenită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'idée de rechercher l'état fonctionnel du foie au cours du paludisme réside dans les conséquences et le rôle que le paludisme peut avoir dans l'étiologie de la cirrhose hépatique. Très souvent, le paludisme détermine, dans ses formes chroniques, des lésions anatomiques qui se manifestent cliniquement par différents troubles, démontrés par diverses recherches biologiques. Dans cette direction, il y a dans la littérature quelques jalons intéressants.

Denecke et **Malamos** attribuent l'image sanguin macrocytaire du paludisme à des altérations hépatiques. **Monneret** et **Dumaine** constatent que lorsque le paludisme entraîne un diabète ou aggrave un diabète préexistant, c'est par l'intermédiaire du foie. Peut être d'autres facteurs interviennent-ils et notamment une atteinte discrète du pancréas. **Tamalet** une relation de causalité, parfois évidente, entre certains cas de diabète et le paludisme. Au même titre que d'autres toxi-infections, le paludisme semble susceptibile de causer le diabète en déterminant, à côté des facteurs accessoires, des altérations fonctionnelles répétées de la glande hépatique qui est un des organes principaux de la glyco-régulation.

Trabaud considère que l'ictère grave urobilinurique des fièvres palustres pernicieuses, terminé par la mort en quelques jours avec anurie et azotémie, est le résultat de l'insuffisance hepatique à cause du surmengae entraîné par la transformation de l'hémoglobine libre et d'une intoxication profonde de la cellule hépatique elle-même. D'autre part, **Blanc** et **Bordes** observent que les graves paludismes d'autrefois ont cessé de regner grâce aux progrès prophylactiques et thérapeutiques. Toutefois, en

clinique, les accidents viscérraus dûs au paludispe existent encore. L'imprégnation mélano-sidérosique paludéenne peut donner lieu à des atteintesparenchhymateuses diverses, mais on croit, généralement, que pour l'apparition des pareils troubles il est nécessaire que le paludisme soit intense et d'évolution prolongée. Parmi ces accidents, il existerait aussi une insuffisance présumée du foie, d'autant plus grave que l'infection paludéenne est plus ancienne et que plus nombreux sont les accès fébriles. Mais dans cette circonstance, il est évident que la rate et le foie soient gros et douloureux que les oedèmes et l'ascite soient imminentes, que l'état générale vire à l'anémie et cachexie et que tout l'ensemble s'encadre dans le syndrôme de la cirrhose hépato-splénique ascitogène, syndrôme souvent rencontré même chez les adolescents qui sont indemnes de syphilis et n'ont jamais absorbé des boissons alcooliques.

Les récentes recherches expérimentales et cliniques tendent à démontrer que la maladie palustre est une réticulo-endothéliose primitive et par conséquent le paludisme provoque des lésions histo-pathologiques importantes surtout dans les organes où est localisé le système réticulo-endothélial, c'est-à-dire dans la rate, le foie et dans la moelle osseuse. L'invasion plasmodiale chez le singe détermine une prolifération rapide des éléments macrophages (Taliaffero). Bruetsch, Cassuto, ont mis en évidence une prolifération hystiocytaire qui à la longue prépare le terrain favorable au processus sclérogène. D'autre part, en clinique, la positivité de certaines épreuves qui explorent le système réticulo-endothélial comme celle du rouge de Congo, de la monocytose sanguine et de la réaction de Henry démontre l'existence d'une réticulo-endothéliose certaine et précoce dans la maladie palustre. Si cette réticulo-endothéliose agit ou non sur les fonctons du foie à la suite d'une lésion simultanée du parenchyme, d'aprés nos connaissances, le problème ne soit pas étudié. Pour cette raison, laissant de côté les hépatites pseudochirrhotiques ou les réticulo-endothélioses hépato-spléniques survenues au cours du 3-e stade de la maladie palustre ou à priori on pourrait aussi présumer une insuffisance hépatique à la suite des lésions parenchymateuses, nous croyons beaucoup plus intéressant à étudier si le paludisme provoque dès le début de son évolution des troubles fonctionnels et lésionnels de la cellule hépatique, avant donc que les moyens cliniques y leur supposent l'existence. En cas qu'il existe de tels troubles, comment se comportent-ils devant le traitement spécifique et accessoire, et quelle importance pratique pourrait définitivement avoir l'étude de la fonction du foie dans le paludisme.

Pour apprécier l'altération de l'état fonctionnel du foie, nous avons choisi la **méthode des concentrations galactosuriques fractionnées** de Fiessinger, Thiébaut et Dierrick. Cette méthode nous paraît actuellement le test le plus sensible et le plus fidèle de l'état fonctionnel du foie, bien qu'elle explore seulement la fonction glycopexique. Cette fonction, qui est la plus importante des multiples fonctions du foie, est toujours atteinte dans les alterations hépatiques [1]).

1) *I. Radvan.* Galactozuria provocată. Revista Ştiinţelor Medicale, 1936 No. 11 p. 1285.

L'épreuve du galactose a été pratiquée avant le traitement d'attaque, spécifique et accessoire et lorsqu'elle a donné des résultats anormaux, l'examen a été répété une ou deux fois après le traitement, dont le résultat favorable sur le paludisme a été apprécié cliniquement et par les examens hématologiques; disparition du sang de l'hémotozoaire, hémogramme, courrbe de la bilirubinémie [2]).

En résumé, nous avons étudié avec Apreotesei et Popa, 17 cas de paludisme, dont 15 cas présentaient à l'entrée l'hématozoaire dans le sang;

7 cas avec plasmodium vivax,
5 cas avec plasmodium praecox,
3 cas avec plasmodium malariae.

Sur le total de 17 cas, l'épreuve des concentrations galactosuriques se comporte comme suit:

I. — **Dans un premier groupe,** il y a deux cas avec paludisme de première invasion (1 cas à plasmodium vivax, 1 cas à plasmodium malariae) de date récente (1 à 4 semaines) et traités énergiquement dès le début. Les deux cas ont donné deux réponses galactosuriques normales.

II. — **Dans un second groupe** il y a neuf cas avec paludisme datant depuis 1 à 33 mois et qui ont donné sept réponses pathologiques et deux réponses discutables, c'est-à-dire normales suivant l'épreuve des concentrations et positives si on prend en considération la durée de l'élimination qui a été retardée. Les réponses pathologiques sont représentées par des chiffres très élevés de 11 à 18,7 p. 1000 à la 2-e heure et de 2,3 à 12,98 p. 1000 à la 4-e heure. L'élimination absolue varie de 0,93 à 3,11 gr. [3]).

III. — **Dans un troisième groupe,** il y a six cas avec paludisme ancien, ayant le début depuis 2 à 11 ans, et évoluant avec accès fébriles périodiques. Ces cas ont donné cinq réponses pathologiques et une réponse discutable, c'est-à-dire normale, suivant l'épreuve des concentrations et retardée si on la juge selon la durée de l'élimination, Les chiffres des concentrations sont aussi très élevés variant de 8,53 à 18,53 p. 1000 à la 2-e heure et de 2,2 à 10,14 p. 1000 à la 4-e heure. L'élimination absolue varie de 1,12 à 3,48 gr.

Nous avons étudié aussi avec Apreutesei la fonction biliaire avec recherche de l'albuminocholie dans les liquides biliaires. A titre d'informa-

2) L'élevation du taux de la bilirubinémie au cours du paludisme est un fait acquis. Elle a une grande valeur diagnostique car associée à l'hypocholestérolémie, la bilirubinémie constitue un syndrôme humoral souvent rencontré au cours des splénomégalies paludéennes et surtout au cours des états aigus et subaigus de la maladie. En même temps, la courbe de la bilirubinémie a une très grande importance pour la conduite du traitement. Tant que la bilirubinémie ne revient pas à son taux normal, on peut prolonger utilement le traitement spécifique et accessoire. Dans nos cas, la courbe de la bilirubine du sang peut constituer un test homoral de la guérisom momentanée du paludisme, à côté de celui clinique et parasitologique. La fait est important pour apprecier si l'amélioration des troubles hépatiques, lorsqu'elle existe, va de pair avec la guérison momentanée du paludisme. Peut-être que pour cette estimation la réaction de Henry soit plus fidèle que eelle de la bilirubinémie, mais par manque de l'antigène, la réaction de Henry ne se pratique chez nous ni même dans les cliniques ou laboratoires les plus utilés.

3) D'apres Pollak, la durée de l'elimination du galactose par les urines ne dépasse jamais chez les sujets à circulation et à assimilation normales, la limite de quatre-vingt-dix minutes. Une elimination prolongée, dépassant cette limite révèle une lésion du parenchyme hépatique.

D'après Fiessinger et collab. les concentr. ne dépassent jamais à l'état normal 6 p. 1000 à la 2-e heme

tion seulement, nous pouvons dire aujourd'hui que l'albuminocholie est présente (dans un cas la bile C. contenait jusqu'à 2,36 gr. p. 1000 d'albumine), mais nous n'insisterons maintenant sur cette question qui étant fort importante, nécessite un contrôle plus approfondi. Toujours à titre d'information, nous avons recherché avec Juliu Popesco la structure histologique du fois au cours de la malaria, accompagnée de troubles fonctionnels, à l'aide de la ponction hépatique. Les résultats sont affirmatifs dans le sens de la présence des modifications histologiques, mais, comme l'albuminocholie, le problème fait l'objet de nos études actuelles, ainsi que toutes les deux questions seront publiées au fur et à mesure qu'elles nous permettront une conclusion définitive.

Si on rapporte maintenant ces résultats d'ordre biologique à la clinique, on peut constater que le foie était normal de volume dans tous ces 17 cas; la région de l'hypochondre droit était sensible dans 4 cas et dans un cas seulement, où la diasoréaction dirrecte était positive dans le sang, on pouvait parler d'une hépatite ictérigène palustre, cliniquement perceptible. Par contre, la rate était augmentée de volume dans tous les cas:: splénomégalie de I-er degré dans 6 cas, de II,e degré dans 7 cas, et de 3-e degré dans 4 cas, l'appréciation étant faite d'après les indications de Schüffner. De l'analyse détaillée de nos cas, il ressort que la splénomégalie n'influence pas directement la déficience galactopexique. L'épreuve s'est montrée normale même dans les cas avec une splénomégalie de 3-e degré, et le traitement qui a réduit la rate à des dimensions normales, n'a pas influencé en même temps et dans tous les cas le résultat du galactose.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Si on examine en effet les résultats obtenus après le traitement qui a été toujours complexe, d'une durée suffisamment prolongée et associée à une thérapie endoveineuse par l'éphedrine et à l'hépatothérapie, nous constaterons que dans tous les cas nous avons obtenu une guérison momentanée du paludisme appréciée par: le contrôle répété de la disparition de l'hématozoaire du sang, la baisse de la bilirubinémie à son chiffre normal, l'amélioration hématologique et clinique avec la réduction totale de la splénomégalie. L'épreuve du galactose s'est comportée différemment:

Sur 5 cas du 2-e groupe, nous avons obtenu seulement trois améliorations évidentes (2 cas avec plasmodium vivax, 1 cas avec plasmodium malariae), coïncidant avec la guérison momentanée de la maladie. Le résultat est passé de 10,64-18.7 à 6,86, 8,92 p.. 1000 à la 2-e heure et de 2,3-15,98 à 0-5,96 à la 4-e heure. L'élimination absolue a baissé elle-aussi de 1,84-3,11 à 0,87-2,40.

Dans deux autres cas avec plasmodium praecox, l'un gardait une réponse galactosurique stationnaire et franchement pathologique, l'autre présentait une déviatioin légèrement pathologique en comparaison avec la réponse initiale. Ce fait démontre que chez deux malades, le foie n'avait pas encore repris un fonctionnement normal et qu-une thérapeutique adéquate doit être continuée.

Sur les 4 cas examinés du 3-e groupe une seule amélioration nette fut obtenue à la suite d'un traitement complexe, associé à une hépatothérapie de longue durée (30 injections d'hépacit). Dans ce cas à plasmodium vivax, les concentrations sunt passées respectivement de 12,43 et 4,77 $\%_0$-à 6,82 et 5,95 p. 1000 et l'élimination absolue du galactose de 1,87 à 1,38 gr. Dans trois autres cas (1 à plasmodium vivax, 2 à plasmodium praecox) on a ob-

tenu aussi la guérison momentanée du paludisme, mais pour autant que l'épreuve de la tolérance au galactose indique l'état fonctionnel du foie, les résulltats obtenus semblent traduire un trouble persistant de la fonction hepatique.

* * *

L'insuffisance hépatique au cours du paludisme semble donc un fait établi. Si les différentes formes de la maladie palustre se comportent d'une façon différente sur le foie, nos recherches ne permettent pas une conclusion ferme, le nombre des cas étant trop réduit. Mais, il ressort de ces recherches que les invasions à plasmodium praecox détermineraient plus rapidement des troubles hépatiques sérieuses et persistentes.

En ce qui concerne la **pathogénie**, l'insuffisance hépatique chez les paludéens est certainement l'expression des lésions histologiques du foie, qui dans certaines circonstances peuvent évoluer à la cirrhose. Laissant de côté nos examens histo-pathologiques, actuellement trop modestes, faites avec Iuliu Popesco à l'aide de la ponction hépatique, d'où ressort cependant que les cellules du foie avec les noyaux en division, sont bourrées par le pigment hématique et que le système kupférien est en pleine prolifération avec zones de sclérose, il y a dans la littérature de suffisantes épreuves qui plaident pour une lésion du foie dans la malaria.

Lancereaux fut le premier qui décrit en 1871 le foie paludique. **Kelsch** et **Kienner** ont isolé une hépatite parenchymateuse nodulaire palustre et Piquet consacre sa thèse aux cirrhoses paludéennes. **Castaigne** et **Fiessinger** ont décrit et insisté surtout sur l'action cirrhogène de la rate palustre. Une splénomégalie paludique cliniquement solitaire peut déterminer l'apparition d'un syndrôme d'hypertension portale par une action cirrhogène sur un foie même normal.

Par son action toxique mesenchymateuse, la splénomégalie peut affecter le tissu conjonctif et les capillaires du foie, ainsi que tout le système réticulo-endothélial. L'apport de matériel pathologique parasitaire (parasites vifs ou morts, pigment sanguin et malarique libre, leucocytes et en grand nombre phagocytes et hématies détruites) arrivé au foie par la veine splénique et portale, détermine: une hyperproduction de pigment biliaire à cause des hématies détruites, une hyperplasie et infiltration pigmentaire dans les cellules de Kupfer, réalisant à la longue une cirrhose monoveineuse, c'est-à-dire portale du foie.

Dans quelle mesure on peut soutenir en clinique la cirrhose hépatique d'origine palustre l'étude systématique de certaines statistiques pourrait la résoudre. Dans cette direction, une statistique faite par **Pavel** et M-lle **Pappa** en 1930, concernant la fréquence des cirrhoses atrophiques en dix ans dans les cliniques de Bucarest et déterminée sur le nombre total des malades de 20135 montre un coefficient de 1,142 p. 100. L'alcoolisme paraît être la circonstance étiologique la plus fréquente (81,3%). Le paludisme a été trouvé dans 51,73 p.. 100 des cas, mais il a été considéré plutôt comme facteur adjuvant et non comme facteur déterminant. Dans 4 observations seulement, l'enquête a permis le diagnostic de cirrhose atrophique d'origine exclussivement palustri. Quant à la syphilis, celle-ci a été prouvée dans 22,6 p. 100 des cas.

Une autre statistique est faite par le Prof. **Livierato** d'Athènes.

Sur un nombre total de 27.380 observations, l'auteur a trouvé 386 cas de cirrhose hépatique, c'est-à-dire un coefficient de 1,041 p. 100. Dans 56 cas (16%), l'auteur ne trouve aucune autre étiologie que l'existence des paroxysmes de fièvre paludienne datant de un à douze ans et répétés de temps en temps. Dans 75 cas (21%), le paludisme s'associait à l'alcoolisme, dans 193 cas existait l'alcoolisme seul et dans 26 cas la cause n'était pas appréciable. Si en Grèce, la cirrhose hépatique d'origine palustre se roncontre fréquémment par rapport aux autres pays, cela est dû en partie à ce que jusqu'il y a quelques années le paludisme était très répandu dans ce pays. Mais un fait analogue se passe aussi chez nous où la maladie constitue encore un fléau social, bien que les travaux d'assanaissement mis en oeuvre et la lutte contre la malaria, systématiquement organisée de tous côtés, ont contribué à une diminution dû nombre des cas. Quoiqu'il en soit, le paludisme peut être considéré, d'après ces statistiques, une des causes sérieuses de la cirrhose hépatique.

Ces recherches et considérations permettent quelques conclusions avec des applications pratiques immédiates:

La nécessité de dépister les cas de paludisme en temps utile et de les traiter énergiquement parce qu'il semble que le foie ne soit pas atteint dans ces fonctions au début de l'éclosion du paludisme. Les troubles fonctionnels mis en évidence par nous semblent survenir en général quelques semaines après l'apparition du premier accès fébrile.

Dès qu'une insuffisance hépatique apparaisse, il est très utile de faire dès le début non seulement un traitement d'attaque et suffisamment prolongé contre la malaria, mais aussi un traitement accessoire qui vise le foie et de ce point de vue, le régime hypotoxique, la créthérapie et l'hépatothérapie semblent entrer au premier plan.

L'insuffisance hépatique des palaudéens est parfois reversible et souvent stable et sérieuse. Le paludisme laisse des sequelles qui dans certaines circonstances peuvent évoluer à la longue vers une cirrhose irrémédiable du foie.

Bibliothek Leopold Ingrisch Hallein

I. RADVAN: *Die Leberfunktion bei Malaria.*

Gestützt auf die Folgen und die Rolle, die das Wechselfieber in der Ätiologie der Leberzirrhose haben kann, studiert der Verfasser mit Galaktoseprobe die Leberfunktion in 17 Fällen verschiedener Malariaformen.

In akuten Fällen von primären Malaria bei gleich energisch einsetzender Behandlung scheint die Funktion der Leber normal zu sein.

Die Leberinsuffizienz tritt einige Wochen nach dem ersten fieberhaften Anfall auf daraus ergibt sich die Notwendigkeit vorzubeugen und gleich bei Beginn der Erhrankung sofort mit energischer Therapie einsugreifen.

In rezidiven oder chronischen Fällen sind die galaktopektischen Störungen sozusagen regelmässig vorhanden. Diese sind manchmal durch spezifische und unterstützende Therapie heilbar oft aber hartnäckig und ernst. Die letzten verlangen eine langdauernde Behandlung: hypotoxische Diät, Crenoherapie, Hepatotherapie.

Die Malaria hinterlässt Schäden, die mit der Zeit in eine unheilbare Zirrhose der Leber Ebergehen übergehen können.

I. RADVAN: *La funzione del fegato nella malaria.*

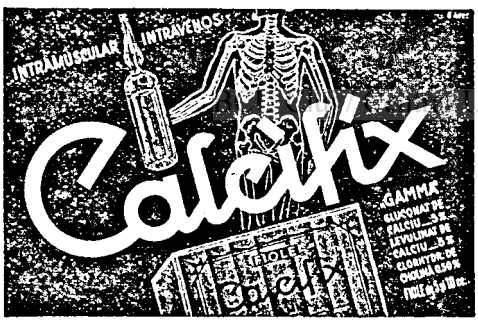
Appoggiato sulle consequenze e l'importanza che la malaria puo avere nella etiologia della cirosi epatica, l'autore studia con la prova della galattozi la funzionalita del fegato in 17 casi di svariate forme di malaria.

Nel paludismo acuto di prima invazione (di data recente), energicamente trattato dall'innizio, la funzionalita del fegato sembra che sia normale.

L'insuficienza epatita si fa prezente dopo qualche settimana dal primo accesso febrile, di cui la necesita di scoprire e trattare energicamente i casi di malaria fin dall'innizio della maladia.

Nel paludismo recidivante e cronico, i disturbi galattopessici sono costanti Essi sono qualche volta reversibili con la medicazione specifica ed accessoria. e spesso sono stabili e di una certa gravita. Queste ultime necessitano un trattamento a grade scadenza: regime hipotossico, crenoterapia ed epatoterapia.

La malaria lascia delle traccie che col tempo possono andare verso una cirosi definitiva del fegato.



Fiole
DE 5 cmc.
ŞI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

STENOPITAN

Extract total de hipofisă
în concentraţie de 1/8

Preparat indicat cu precădere în tratamentul biologic al următoarelor sindrome:

Oboseala cerebrală, surmenajul intelectual, hipotonie cardio-vasculară în genere şi în deosebi a infecţiunilor.

Atonie gastro-intestinală şi a veziculei biliare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Atonie vezicală, Hipotensiune, Insomnie.

Intârziere în desvoltarea intelectuală a copiilor.

Cefalee post-puncţională, Epilepsie, Miastenie.

Ambalaje a 30 dragele a 0,05 gr.

LABORATORUL CRINOTERAPEUTIC

Reprezentanţa Generală:

Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Şumuleanu

Bucureşti — Calea Griviţei, 67 — Telefon 4.98.03

TRATAMENTUL VARICELOR PRIN FLEBOSCLEROZA CU SER HIPERTONIC CLORURAT

de

D-r MARIN TEŞOIU
Spitalul de stat — Braila

In patologia venelor, varicele constituie afecţiunea cea mai comună, mai cunoscută şi mai frecvent întâlnită, la toate clasele sociale.

In imensa majoritate a cazurilor, varicele sunt dobândite şi se pot întâlni la toate vârstele, dela adolescenţă până la bătrâneţe, cu o frecvenţă mai mare între 25—40 ani.

Prin varicele întâlnite curent în Clinică şi de care se vorbeşte totdeauna, înţelegem varicele venelor membrelor inferioare, între care sistemul safenei interne se află pe primul plan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In etiologia varicelor intervin doi factori: 1) O stare distrofică a venelor caracterizată, fie prin lipsa de tonicitate a peretelui, fie prin insuficienţa funcţională a valvulelor; II) O condiţie de hiperpresiune sanghină, care graţie acestei insuficienţe parietale şi valvulare, realizează distensia venoasă.

La femei, sarcina joacă un rol predispozant foarte important în producerea varicelor, nu atât prin compresiunea produsă de uterul gravid (deoarece se pot constata varice din primele luni de sarcină, când uterul nu are un volum destul de mare pentru a comprima venele iliace), cât printr'o acţiune trofică reflexă, (Lancereux şi Bernes), pentrucă, dacă sarcina este întreruptă prin moartea fătului, varicele dispar (Rivet).

Un obstacol mecanic în circulaţia de întoarcere poate fi o cauză directă a varicelor cu desvoltare rapidă, ca d. ex.: o tumoră pelviană pentru varicele membrului inferior, o tumoră renală pentru varicocel, compresiunea venelor cave pentru varicele peretelui abdominal. In fine, se mai citează ca factori predispozanţi, flebitele membrelor inferioare (Lagrange, Arnozan, Vaquez), anumite profesiuni care implică o staţiune în picioare de lungă durată, etc., dar în cele mai multe cazuri, în varicele membrelor inferioare nu se cunoaşte o etiologie precisă.

Anatomo-patologic, varicele sunt constituite dintr'o dilataţie permanentă a venelor datorită alteraţiei patologice a peretelui lor, care poate consta dintr'o mezoflebită (Cornil) sau o endoflebită (Epstein). La în-

ceput vena se dilată şi peretele său sufere o alteraţiune caracterizată printr'o îngroşare uniformă; treptat, treptat, alteraţiunile parietale devin mai marcate, în unele puncte persistând îngroşeri, pe când în alte puncte peretele venos se subţiază, cedează fluxului sanghin şi astfel iau naştere acele dilataţiuni fuziforme sau globuloase, care strică regularitatea calibrului venos, producând diformaţiunile şi sinuozităţile aşa de caracteristice varicelor. In fine, într'un stadiu mai avansat, peretele venos suferă o încrustare calcară, valvulele devin insuficiente, iar în varicele vechi găsim totdeauna un proces de periflebită scleroasă, care contribuie să sporească grosimea peretelui venos. Arterele şi nervii regionali suferă de asemenea alteraţiuni, care joacă un important rol în patogenia complicaţiilor varicoase.

Clinic, se observă mai multe tipuri de varice, care corespund diferitelor grade anatomice ale evoluţiei lor (Briquet): varice cilindroide, răspunzând dilataţiei venoase simple; varice serpiginoase, unde venele au suferit o alungire şi o îngroşare uniformă; proeminenţele varicoase, în pachete sau în ampule, datorite inegalităţei dilataţiei venoase — şi în fine venozităţile, care cuprind desvoltarea aberantă a micilor vene.

Complicaţiile cele mai importante ale varicelor sunt: ruptura, cu hemoragie externă (gravă) sau interstiţială, flebita, ulcerul varicos, nevralgii rebele (marele sciatic) şi în fine tulburările trofice, care pot duce la deformaţiuni elefantiazice sau picioare strâmbe echine.

Tratamentul — vizează suprimarea pachetelor varicoase, cu păstrarea unui sistem venos, care să asigure circulaţia de întoarcere, în condiţiuni bune. Acest deziderat se poate obţine prin două metode: 1. tratamentul chirurgical; 2. obliterarea pachetelor varicoase prin injecţii flebosclerozante.

1. Tratamentul chirurgical constă în ligaturi şi rezecţiuni venoase, care pot fi etajate, după tehnica lui Trendelemburg şi Schwartz sau rezecţia tuturor pachetelor varicoase, printr'o lungă incizie internă, safenectomie totală, după tehnica lui Terrier şi Alglave. Aceste operaţiuni au drept scop de a suprima greutatea considerabilă a coloanei sanghine, reprezentată prin trunchiul safenei, cu valvule insuficiente; în acest fel venele profunde scapă de hiperpresiunea coloanei sanghine a sistemului safenei şi condiţiile lor circulatorii sunt mult ameliorate. Punctul esenţial al tehnicei constă în rezecţia înaltă, în triunghiul lui Scarpa, la confluenţa safenei, urmată de rezecţia comunicantelor, până la punctele de joncţiune cu venele superficiale. Sub acest raport, safenectomia totală, dela crosă până la maleolă, cu ablaţia tuturor ramurilor varicoase, (aşa cum o practică Terrier, Alglave şi Forgue), este singura operaţie bună, rezecţiile mai economicos ducând toate la recidivă.

2. **Injecţiile flebosclerozante.** Prin aceasta înţelegem a trata varicele prin injecţia intravenoasă a unor substanţe capabile de a provoca obliterarea lor, aşa cum a fost preconizat de Sicard şi şcoala sa. Substanţele folosite pentru aceste injecţii sunt: salicilatul de sodiu (20—40%), chinina, glucoza hipertonică, serul clorurat hipertonic, varicoftin sau chiar substanţe uleioase, glicerina, varicocolarose şi alte preparate de specialitate, al căror număr sporeşte din ce în ce. Nici până acum nu se ştie dacă aceste substanţe realizează obliterarea printr'un proces exclusiv

de scleroză sau prin coagularea masei sanghine, asociată cu scleroza. Sicard şi elevii săi explică acţiunea lor, prin provocarea endovenitelor chimice obliterante; Lecène şi Moulonguet explică obliterarea printr'un proces de endoflebită caustică; mai noi (1939), Forgue explică obliterarea venei prin iritarea endoteliului şi prin organizarea unui chiag de fibrină, puternic aderent, la adăpostul riscului detaşării şi deci al emboliei — concepţie admisă ca mai apropiată de adevăr. Acesta este un tratament ambulator (are avantajul că bolnavul poate să-şi vadă de ocupaţie) şi constă din 4—5 injecţii (2—10 ctmc. din substanţă respectivă administrate la 3—4 zile interval şi care sunt de obiceiu suficiente pentru a oblitera varice întinse. Cele mai bune indicaţii ale acestor injecţii sclerozante ar fi: varicele unice sinuoase şi lineare, unde de obiceiu dau rezultate excelente; mai puţin indicate ar fi pachetele vermiforme limitate, pe când sinuozităţile difuze, în reţele, ar avea o indicaţie mediocră.

In fine, asocierea injecţiilor cu ligaturile, după procedeul Moscowicz, d'Allains, îşi găseşte indicaţii în toate formele de varice. Mai citâm compresiunea cu ciorapi elăstici, care este un tratament paliativ, cu rezultate iluzorii.

* * *

Fleboscleroza cu ser hipertonic clorurat am cunoscut-o pentru prima dată în anul 1936, în Clinica Chirurgicală din Cluj. Se folosiau soluţii hipertonice de clorură de sodiu, în concentraţie de 5—20%, din care se injectau 20—40 cmc, în venele varicoase, având grije ca, înainte de administrarea injecţiei, să se producă hemostaza circulară a membrului printr'un tub elastic aplicat deasupra teritoriului varicos; după terminarea injecţiei se păstra garroul încă 25—30 minute, asociat cu apăsarea unui tampon la locul injecţiei. Am văzut mai multe rezultate bune cu acest procedeu, dar am constatat că bolnavii îl suportă rău, toţi protestau şi se sbăteau din cauza durerilor, iar în cazuri de varice acoperite de tegumente atrofice, am văzut câteva cazuri de plesnirea varicelor, în timp ce se păstra hemostaza circulară, la 15—20 minute după injecţie.

Am căutat să practic şi eu fleboscleroza cu ser hipertonic clorurat, în cazuri de varice mai simple şi principial eram mulţumit de rezultat dar mă temeam să o aplic la persoane mai sensibile şi în caz de varice mai întinse, deoarece constatam că bolnavii o suportă destul de rău. Am încercat să scurtez timpul de menţinere al hemostazei circulare după injecţie, dela 20—30 minute, la 10 minute, socotind că, dacă substanţa acţionează şi prin coagulare, acesta este timpul normal de coagulare sanghină şi am constatat că bolnavii sunt ceva mai mulţumiţi însă se plâng de dureri mari la locul injecţiei, unde uneori se făcea câte o escară superficială. Am administrat câte 10 cmc. de ser fiziologic clorurat (9 $^0/_{00}$) la nivelul injecţiei şi am constatat că durerile scad, atât în intensitate, cât şi în durată. După mai multe încercări, din ce în ce mai încurajatoare, am ajuns la următoarele concluzii precise, pe care le redăm ca tehnică a metodei folosite de noi:

Substanţa injectabilă constă dintr'o soluţie hipertonică 20% de clorură de sodiu chimic pură, sterilizată, pe care o injectăm după tehnica următoare: culcăm bolnavul orizontal şi-l lăsăm să stea liniştit timp de

5 minute, cu membrul de injectat ridicat până aproape de verticalitate (membrul este susținut de un ajutor sau este așezat pe un suport). Facem hemostaza circulară, cu membrul ridicat, de obiceiu aproape de rădăcina membrului, pe care îl lăsăm apoi orizontal și injectăm 20—40 cmc. din soluția de mai sus, injectând relativ încet (3—5 minute), apoi, imediat după terminarea injecției hipertonice, injectăm subcutanat, la nivelul ei (de obiceiu prin aceeași înțepătură), 10—20 cmc. ser fiziologic steril, în așa fel ca acesta să se răspândească pe o zonă circulară de 10 cm. în jurul primei injecții (pentru aceasta masăm ușor regiunea), apoi menținem tamponul și hemostaza circulară timp de 10 minute, după care bolnavul se scoală și umblă. Din cauza distensiei vasului produsă prin injecția hipertonică pacientul are dureri în întreg membrul, dar mai ales la locul injecției, care, după injecția complimentară de ser fiziologic, dispar în 3—5 minute și sunt totdeauna de intensitate mai mică. Ca detaliu tehnic, menționăm că e bine să evităm de a face injecția într'o zonă cu tegumente atrofice.

Cu această metodă se observă că, imediat ce am suprimat hemostaza circulară și bolnavul începe să umble, a dispărut o bună parte din traiectele varicoase. Timp de 3—5 zile se menține o senzație de greutate și o ușoară tumefiere a membrului, care de obiceiu nu împiedică pacientul să-și vadă de ocupație, iar în continuare nu rămâne decât o împăstare la nivelul pachetelor varicoase, cu grunji scleroși la nivelul dilatațiilor ampulare. A doua injecție se repetă după 5 zile (20 cmc.), iar a treia (10—20 cmc.), în cazul când este nevoie, la o săptămână după a doua.

Rareori am simțit nevoia să administrez mai mult de trei injecții; aceasta s'a întâmplat în varice foarte întinse, sub formă de rețele, gheme sau traiecte aberante, care interesau atât fața internă cât și fața externă a membrelor și unde nu am putut injecta sistematic o cantitate suficientă de substanță. In caz de varice ale ambelor membre inferioare, am injectat fără niciun inconvenient ambele membre în aceeași ședință. In caz de ulcere varicoase am folosit aceeași tehnică, dar am avut grijă ca, fie într'o ședință, fie în mai multe, să obliterez toate venele din jurul ulcerului. La ulcerele vechi, cu tegumente atrofice sau cu zone eczematizate în jur, asociat cu flebosclerozа, am folosit pansamente cu pulbere de tanin (acid tanic), în strat gros, care mi-a dat cele mai bune rezultate; în felul acesta am izbutit să vindec în două luni ulcere varicoase care evoluau (cu intermitențe), de 20 ani și chiar mai mult iar tegumentele obținute după pansamentele cu tanin, sunt de cea mai bună calitate. E bine ca tratamentul ulcerelor întinse să-l asociem cu repaosul. Organizarea pachetelor varicoase și revenirea la normal a membrului afectat, după flebosclerozа, se face în 3—4 săptămâni.

Am tratat prin acest procedeu mai multe sute de cazuri de varice, de toate categoriile și cel puțin 100 cazuri de ulcere varicoase, cu rezultatele cele mai bune și fără să am vreo complicație.

* * *

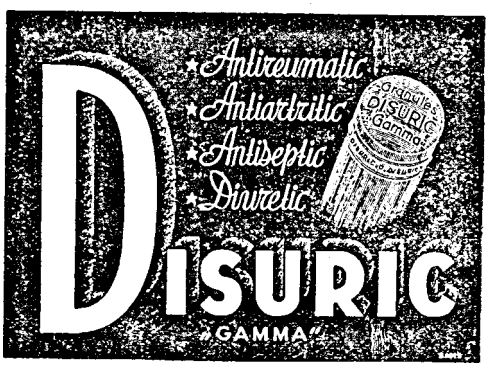
Ca încheere, găsim util să redăm valoarea comparată a tratamentului chirurgical și a flebosclerozei în terapeutica varicelor.

In 1931, Karsten-Kettel aduce o statistică de 60 mii cazuri de varice tratate cu injecții sclerozante, cu 20 cazuri de embolie; Pheelers și Rice înregistrează 7 cazuri de embolie pe 53 mii cazuri injectate, pe când, pe 6772 cazuri prin ligaturi și safenectomie, aceeași autori semnalează 72 cazuri de embolie. Deci, ca securitate, rezultatele obliterării varicelor prin flebosclerozâ, sunt cu mult superioare rezultatelor obținute prin tratamentul chirurgical. In privința recidivelor, după cele mai mari statistici, acestea s'au observat între 5—40% după injecțiile sclerozante și între 18—46% după tratamentul operator (Kilbourne). Deci, ca stabilitate, rezultatele sunt egale și se speră ca progresele injecțiilor sclerozante să le amelioreze.

Concluzia finală pe care am putea-o trage din aceste date este că, injecțiile sclerozante sunt preferabile actului operator și se speră ca într'un viitor să înlocuiască total orice act chirurgical în tratamentul varicelor.

MEDICAȚIUNE IODATĂ INTENSIVĂ

DISOLVANT ȘI ELIMINATOR AL ACIDULUI URIC

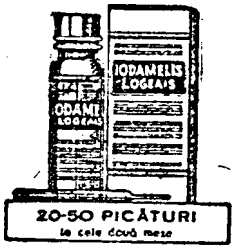


Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

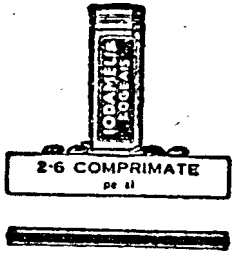
IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII
•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE
•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



BCU Cluj / Central University Library Cluj

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

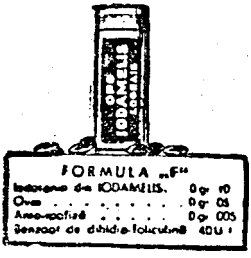
•

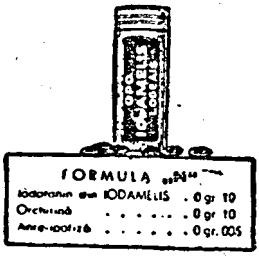
ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS CU ACTIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

In comprimate dragejiate





Esantioane și literatură la cerere

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I. Str. Sf. Ionică No. 8

VALOAREA VITEZEI DE SEDIMENTARE LA CĂȚIVA BOLNAVI CU ICTER

de

N. I. ZAHARIA
Medic Primar, Fălticeni

„Viteza de sedimentare este o reacție nespecifică, dar care în mâinile medicului experimentat este extrem de valoroasă și care aparține oricărui examen complect, pe lângă măsurarea temperaturei, analiza urinei și cercetarea pulsului" **(Heilmeyer)**. In unele cazuri valoarea acestei metode de cercetare clinică se evidențiază mai mult încă; dorim să atragem acum atenția asupra acestui fapt în legătură cu unele cazuri de icter.

In ictere, viteza de sedimentare a hematiilor arată de obiceiu cifre normale sau subnormale; când fenomenele inflamatorii sunt mai intense sau când este prezent un proces de ciroză hepatică, atunci se poate remarca o accelerare, care nu e însă obligatorie și când există, e moderată. O accelerare pronunțată trebue să ne atragă atenția asupra unor fenomene speciale, cari pot avea legătură cu icterul, dar cari pot fi numai concomitente. De multe ori afecțiunea care produce accelerarea sedimentării globulare are un mers insidios, uneori rămâne chiar latentă și atunci reacția de sedimentare are valoarea unui semnal de alarmă. Dar în unele cazuri, metoda ne poate da și indicații etiologice. Observațiile ce urmează vor tinde să exemplifice cele afirmate mai sus.

* * *

OBSERV. 1. — Femeia C. Elena, de 34 ani, intră la 1 Decemvrie 1942, în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" Bacău *), pentru coloratia icterică a tegumentelor și mucoaselor.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: De un an, accese repetate, frecvente, de malarie terță, tratate cu chinină. Apendicită operată în 1923. Leucoree de 3 ani. Menstre neregulate.

Istoric: După 3—4 zile de tulburări dispeptice: plenitudine, balonare abdominală, greturi, bolnava a observat acum o săptămână apărând brusc coloratia icterică a conjonctivelor oculare, urmată la scurt timp de cea a tegumentelor și mucoaselor. Urinele erau frecvente și hipercolorate; scaunele rare

*) Cazurile descrise au fost observate și studiate pe când funcționam ca medic secundar la acest spital.

și decolorate. De câteva ori vărsături bilioase; inapetență. Vagi dureri în epigastru.

Stare prezentă: Tegumentele colorate intens în galben citrin. La fel conjonctivele oculare și mucoasele vizibile. Prurit discret.

Pulmonar, nicio modificare percutorică sau ascultatorică.

La cord bătăile ritmice, niciun suflu valvular. Pulsul, 68.

Abdomenul suplu, sensibil spontan și la presiune în epigastru. Limba saburală. Constipație.

Ficatul nepalpabil, în limite normale.

Splina percutabilă dela coasta VIII-a; polul inferior nu se palpează.

Afebrilitate completă.

In urină prezența abundentă a urobilinei, urobilinogenului și bilirubinei.

Viteza de sedimentare — (4. XII.): I, 60; II, 81; III, 107.

Această accelerare pronunțată a vitezei de sedimentare nu putea fi pusă pe seama icterului; după legile cunoscute, în acest caz ea trebuia să fie normală sau chiar încetinită. Presupunând chiar un icter infecțios, cu toată absența febrei, accelerarea trebuia să fie minimă. Cauza era deci în afara icterului și trebuia căutată. In adevăr, examenele făcute au arătat: Reacțiile serologice (Bordet—Wassermann și Citochol) — pozitive; radioscopia pulmonară: imagine de scleroză a vârfului pulmonar drept. Baciloscopia sputei a fost negativă, așa încât scleroza pulmonară apicală putea fi pusă fie pe seama tuberculozei, fie pe seama sifilisului (ultima supoziție mai puțin probabilă). Fără îndoială că această leziune era aceea care produsese accelerarea vitezei de sedimentare. La aceasta s'au adăugat de sigur și leziunile metritice cronice și poate și malaria recidivantă pe care o prezentase de curând.

La 13 Decemvrie, cu toate că fenomenele clinice ale icterului se atenuaseră complect, viteza de sedimentare dădea cifre încă mai mari: 91, 102, 117; ca și când icterul ar fi exercitat o inhibiție asupra acesteia.

Bolnava părăsește spitalul la 16 Decemvrie, complect vindecată de hepatita icterigenă.

OBSERV. 2. — Bolnavul Con.t. S., de 53 ani, intră la 4 Noemvrie 1942, în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" pentru colorația icterică a tegumentelor și mucoaselor.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: Malaria în copilărie. Icter în 1918, care a durat o lună. Șancru sifilitic acum vreo 15 ani, pentru care nu a făcut decât 7—9 injecții. A fost internat în acest spital în lunile Fevruarie și Mai 1942 cu diagnosticul Tabes și cu reacțiile Wassermann și Citochol intens pozitive în sânge și lichidul cefalo-rachidian. In timpul ospitalizării i s'a făcut tratament arsenical și bismutic și piretoterapie (vaccin TAB intravenos). După ieșirea din spital a întrerupt tratamentul.

Tabagic și alcoolic moderat.

Istoric: Icterul datează de trei luni; de atunci bolnavul prezintă colorația galbenă a tegumentelor și conjonctivelor, urini intens colorate, fecale decolorate, tulburări dispeptice (grețuri, vărsături pituitare, mucoase și bilioase, greutate epigastrică, anorexie), constipație, astenie, slăbire pronunțată în greutate.

Stare prezentă: Bolnavul este emaciat, cu țesutul subcutan și masele musculare reduse. Astenie accentuată.

Tegumentele, conjonctivele oculare și mucoasele vizibile, colorate în galben citrin. Prurit absent.

Pulmonar, nicio modificare percutorică sau ascultatorică. Bolnavul acuză oarecare jenă în hemitoracele stâng și o tuse discretă pe care o are de 3—4 zile.

La cord nimic deosebit. Pulsul regulat, bate 70.

Abdomenul suplu, uşor sensibil la presiune în hipocondrul drept. Limba intens saburală.

Ficatul şi splina în limite normale.

Examen neurologic: Reflexele rotuliene absente bilateral (semnul lui Westphal); achileene prezente. Restul reflexelor tendinoase, cele cutanate şi osoase, normale. Pupilele inegale, stânga mai mare, acomodează la distanţă, nu reacţionează la lumină (semnul Argyll—Robertson). Semnul Romberg prezent.

Curba termică: oscilaţii neregulate între 37°—37°5.

Examene de laborator: Sânge — (6. XI.) — Bordet-Wassermann şi Citochol, intens pozitive.

Urina — (9. XI.) — albumina 0,50 gr. %₀, urobilinogen prezent, leucocite şi hematii prezente.

Viteza de sedimentare — (7. XI.) — 133, 140, 145.

Aveam de-a-face în acest caz cu un tabetic la care survenise un icter. Acesta putea fi interpretat ca un sifilis hepatic terţiar, putea fi considerat ca paraterapeutic, sau ca un simplu icter catarai. Primele două supoziţii erau mai greu de admis, având în vedere că ficatul nu prezenta nicio modificare în ceea ce priveşte dimensiunile sale, cel puţin la examenul clinic, iar pe de altă parte, sindromul icterului apăruse la cam trei luni dela întreruperea tratamentului antiluetic.

Dar oricum ar fi fost, niciunul din aceste ictere nu era capabil să producă o astfel de accelerare a vitezei de sedimentare. Febra moderată, care putea ţine perfect de bine de icterul hepatic, nu o explica nici ea. Cauza trebuia căutată în altă parte; ea s'a demascat singură ulterior.

Jena toracică s'a intensificat progresiv, transformându-se într'un junghiu puternic, tusea s'a pronunţat şi bolnavul a început să expectoreze o spută din ce în ce mai abundentă, care în decurs de 3—4 zile a devenit fetidă. La ascultaţie se găsesc la 12. XI., fine subcrepitante pe linia axilară medie stângă.

Radioscopia pulmonară făcută de D-l D-r M. Eliescu la 13. XI., arată o imagine hidro-aerică de abces pulmonar în 1/3 mijlocie a pulmonului stâng. Şi aderenţe pleurale în sinusul costo-diafragmatic stâng. In spută, D-l D-r V. Crăciunescu a constatat: absenţa bacilului Koch, numeroşi streptococi, bacili Gram pozitivi, stafilococi şi diplococi catharalis, rari bacili Gram — negativi şi fuziformi.

Problema era rezolvată: viteza de sedimentare trăda un abces pulmonar care evolua insidios, fără semne fizice sau funcţionale. Am avut de-a-face deci în acest caz cu un abces pulmonar fetid la un tabetic cu icter; viteza de sedimentare a fost un semnal de alarmă pentru prezenţa oligosimptomatică a primului.

Cu toate îngrijirile, bolnavul subcombă la 21. XI. 1942. Autopsia nu s'a făcut.

Apropiem cifra vitezei de sedimentare găsită la acest bolnav, de aceea găsită la un alt bolnav cu abces pulmonar fetid, care se găsea în acelaşi timp în spital; acesta din urmă avea: 131, 140, 148.

OBSERV. 3. — Bolnavul Ianoş L., de 42 ani, intră la 8 Decemvrie 1942, în Secţia Medicală a Spitalului „Pavel şi Ana Cristea" Bacău, pentru coloraţia icterică a tegumentelor şi stare generală alterată.

Antecedente heredo-colaterale şi personale, fără importanţă.

Istoric: Coloraţia icterică a tegumentelor datează dela jumătatea lui Au-

gust 1942. Cu o lună înainte (dela jumătatea lunei Iulie) a simțit dureri în hipocondrul drept și epigastru, inapetență, astenie. Deci boala a debutat aproximativ acum 4 luni și jumătate. Nu a avut febră.

Fenomenele dispeptice s'au pronunțat mai mult odată cu apariția icterului: anorexie, grețuri, balonare abdominală, constipație. Scaunele au devenit complect decolorate, iar urinele intens colorate (roșii-brune). Cu încetul s'a instalat un prurit al tegumentelor, care s'a intensificat progresiv, devenind chinuitor, penibil și producând insomnii și leziuni multiple de grataj. Bolnavul se subnutrește, se emaciază și devine profund astenic; este imobilizat permanent la pat.

Intre timp a fost internat în spitalul din Valea-Rea din județul Bacău, pe care îl părăsește fără nicio ameliorare.

Stare prezentă: Bolnavul este de constituție astenică, cu țesutul celulo-adipos subcutan și masele musculare mult reduse.

Tegumentele prezintă o intensă colorație galben-verzie-teroasă; conjonctivele oculare și mucoasele vizibile sunt intens colorate în galben.

Pulmonar, rare raluri diseminate de bronșită.

La cord nimic deosebit. Pulsul bate regulat 64 pe minut.

Abdomenul prezintă mușchii drepți abdominali contractați în etajul supraombilical, unde presiunea produce durere; la fel în punctul cistic și în întreg hipocondrul drept.

Matitatea hepatică începe la coasta VI-a; marginea anterioară a ficatului nu se poate palpa prin grosimea peretelui abdominal contractat. Vezica biliară nu se palpează.

Splina nepalpabilă și nepercutabilă.

Rinichii nepalpabili.

Reflexele tendinoase, cutanate și osoase, normale. Pupilele egale, reacționează normal la lumină și acomodează.

Limba intens saburală, acoperită de un depozit alb-gălbui.

Scaunele rare, moi, păstoase, albe-cenușii.

Urina intens colorată, roșie-brună.

Maladia evoluiază cu complectă afebrilitate.

Tubaje duodenale repetate, făcute la 18, 23, 31. XII. 1942 și 4. I. 1943, au rămas toate negative; niciun pic de bilă (fie A, B sau C) nu s'au putut extrage; sonda Einhorn străbate bine stomacul, pilorul și duodenul.

Intra-dermoreacția albastră a lui Brugsch a fost pozitivă.

Examene de laborator: Urina (la 10, 31. XII. 1942 și 11, 14. I. 1943): albumină 0,20 gr. %$_0$; urobilină, urobilinogen, bilirubină și acizi biliari, abondenți; rari leucocite și hematii.

Sânge: 22. XII. 1942 — pigmenți biliari abundenți; 9. XII. 1942 — Bordet-Wassermann și Citochol, negative.

Lichid cefalo-rachidian (19. XII. 1942): culoare net galbenă; albumina 0,20 gr. %$_0$, glucoza 0,60 gr. %$_0$, globuline absente (Pandy și Nonne-Appelt, negative); Bordet—Wassermann și Chitochol, negative.

In rezumat era vorba la acest bolnav de un icter mecanic tipic. Transitul biliar era complect întrerupt. Maladia era relativ avansată, căci reacția lui Brugsch arăta o atingere serioasă a ficatului.

In această privință, tabloul clinic era cum nu se poate mai concludent. Importantă însă era de aflat cauza acestui icter. Vârsta, sexul, evoluția bolii, pledau pentru natura canceroasă a obstacolului; dar vezicula biliară nu era dilatată, starea generală a bolnavului era relativ satisfăcătoare, departe de a constitui o caşexie canceroasă, dureri abdominale lipseau. Nu am putut cu mijloacele ce ne stăteau la dispoziție să căutăm starea în care se aflau fermenții pancreatici.

Pe de altă parte, litiaza era puțin probabilă, antecedente lipsind complect din acest punct de vedere.

Viteza de sedimentare globulară a constituit un ajutor prețios: la

16.XII.1942 ea dădea următoarele cifre: I-105, II-132, III-142. Această accelerare pronunțată nu putea fi dată decât de un cancer; nici litiaza, nici bride fibroase, nici ganglioni hipertrofiați, nici paraziți anclavați în căile biliare, nu puteau da astfel de cifre. Cu ajutorul acestor date am conchis la diagnosticul de icter mecanic prin cancer, probabil al capului pancreasului. Autopsia a confirmat diagnosticul.

Bolnavul sucombă la 30 Ianuarie 1943, în urma unei infecții intercurente (o stare septicemică plecată dela numeroase hidrosadenite axilare).

La autopsie am găsit ficatul mărit (1750 gr.), colorat în verde intens. Ramurile intrahepatice mari ale canalului hepatic foarte dilatate, pline cu bilă decolorată. Vezicula biliară destinsă, mare, plină cu bilă groasă, vâscoasă, filantă, verzie. Cisticul, hepaticul și coledocul, dilatate, pline de bilă; coledocul complect obstruat la punctul de trecere pe fața posterioară a pancreasului. Pancreasul este mărit, dur, cu numeroase formațiuni kistice. Stomacul și duodenul prezintă mucoasa de aspect normal. Splina de aspect normal, cântărește 300 gr.

La examenul histologic*) s'a constatat în pancreas: adeno-carcinom; proliferație bogată de țesut conjunctiv adult; inflamație cronică. Ectazia canalelor pancreatice.

* * *

După cum se vede, deci, viteza de sedimentare în cazurile descrise mai sus a dat unele indicații extrem de prețioase. In primul caz ea a decelat prezența unor afecțiuni concomitente cu icterul cataral, prin o accelerare neobișnuită în această afecțiune. Mai mult încă, evoluția ulterioară a arătat că maladia icterigenă a exercitat de fapt o inhibiție asupra accelerării vitezei de sedimentare, care în afara acelei stări era încă mai pronunțată.

In legătură cu acest fapt amintim că prin adăugarea de cantități foarte mici de glicocholat de sodiu în sânge, **Katz** și **Radt** (1927) au obținut in vitro o pronunțată încetinire a vitezei de sedimentare globulară. Deci apariția acizilor biliari în sânge ar putea produce încetinirea vitezei de sedimentare în unele forme de icter, iar în cazul nostru inhibiția accelerării existente anterior. După **Klopstock** și **Steinbring** (1923), încetinirea vitezei de sedimentare se datorește scăderii fibrinogenului în sânge; însă acest din urmă fenomen este departe de a se găsi în mod constant în icterul cataral. Probabil că în afară de acești doi factori citați, mai intervin și starea raportului serine-globuline, precum și cholesterolemia.

La al doilea bolnav, un interesant caz de asociație morbidă, era vorba de un abces pulmonar foetid la un tabetic cu icter. Viteza de sedimentare a trădat prezența abcesului pulmonar care evolua ocult, înaintea apariției semnelor clinice. După cum am spus, viteza de sedimentare a avut în acest caz valoarea unui simptom de alarmă.

In sfârșit în al treilea caz, viteza de sedimentare ne-a dat o indicație etiologică prețioasă, indicându-ne natura obstacolului care pro-

*) Făcut de D-l D-r Eugen Ionescu dela Laboratorul de Anatomie Patologică al Facultății de Medicină Iași, căruia-i aducem și pe această cale mulțumirile noastre.

dusese icterul mecanic. Putem generaliza, spunând că, în toate cazurile cu icter de tip mecanic la care găsim o accelerare mare a sedimentării globulare care nu se explică în niciun alt mod (şi un atare factor accelerator trebue totdeauna căutat cu toată minuţiozitatea), trebue să presupunem existenţa unui cancer compresiv. Iată deci, cum în unele împrejurări viteza de sedimentare poate avea valoarea unui indicator etiologic. In cazul de mai sus, sediometria a avut o importanţă cu atât mai mare, cu cât unul din semnele majore ale cancerului capului pancreatic, semnul Courvoisier-Terrier, era absent, cel puţin clinic nu era decelabil.

Aceste trei cazuri demonstrează aşa dar faptul că viteza de sedimentare ne poate fi de un folos netăgăduit dacă este interpretată potrivit împrejurărilor speciale şi după fiecare caz în parte şi ilustrează valorificarea acesteia în cursul icterelor. Dar împrejurări favorabile pentru interpretarea plină de foloase a vitezei de sedimentare se pot găsi nu numai în cursul evoluţiei unui icter, dar şi în numeroase alte maladii. Având bine cunoscute comportările obişnuite ale acestei metode de exploraţie, putem trage în anumite cazuri, concluzii interesante din comportarea sa „anormală". Este cunoscută accelerarea sedimentării globulare în cazul apariţiei unor complicaţii în cursul evoluţiei unor boli cari nu dau o sedimentare prea accelerată; în aceste cazuri, viteza de sedimentare poate avea mai mult decât valoarea unui simptom. De aceea cunoaşterea mersului sediometriei în cursul diferitelor boli are o importanţă deosebită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

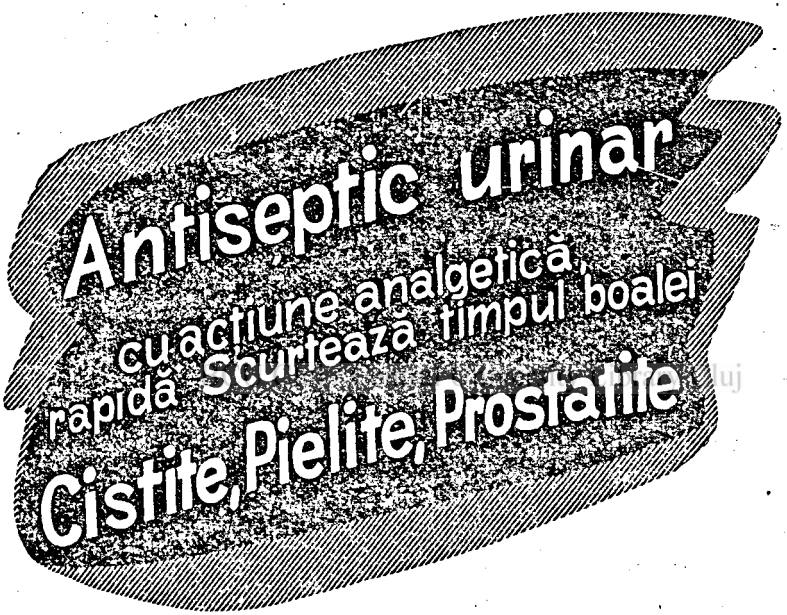
Ampule de 5 şi 10 ccm.

SANDOZ

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Pyridium



Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 25 dragele.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Somniferul cu efect sigur

BCU Cluj / Central University Library Cluj

chiar și în doze mici (1/2 tabletă), somn reconfortant și o deșteptare înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.

STRADA SF. IONICĂ, 8

BUCUREȘTI

AUTOURINOTERAPIA IN TABES

de

D-r FILIP PĂUNESCU

Răsfoind istoria medicinei, vedem că urina, ca leac de tămăduire a fost întrebuințată cu multe secole înainte într'o mulțime și diferite boli, la noi, ca și în toate țările și în special în Franța și Rusia.

Acest tratament empiric a fost transmis din generație în generație până în zilele noastre, când **Jausion** și **Paleologue**, publică o lucrare intitulată: „Une nouvelle méthode de désensibilisation, l'auto-ouro-thérapie, dans la cure de l'eczema. Bull., de la Soc. Franç. de Dermat, et de Syph. No. 2, Febrier 1929". Acești autori prin observațiuni atente, cercetări experimentare și îndelungate observațiuni clinice, ajung la concluzia, că autorinoterapia este o armă terapeutică, dacă nu mai superioară autohemoterapiei, în niciun caz inferioară ei.

In multe cazuri rezultatele prin autorinoterapie au fost chiar mai concludente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După **Hugounenc**q, urina ar fi un cimitir al moleculelor, de asemenea ar mai putea fi considerată și ca un cimitir al hormonilor. Diverși autori ocupându-se cu căutarea hormonilor, în urină, au pus în evidență o mulțime de hormoni.

Frey pune în evidență un hormon de origină pancreatică, substanță animată de o pondere moleculară ridicată, numită padutin cu acțiune hipotensivă.

Hormoni ante și post hipofisar după **Trendelenburg, Fontes Wedan, Zandeka**. Tot în urină se găsesc principii antihipofizare, hormon gonadotrop și tireostimulină.

Zandeka a putut pune în evidență prezența prolanului A, hormon de maturație foliculară, în urma femeilor ovaricotomizate și prolan B, hormon luteinizat în urina femeilor însărcinate.

Funk, Harrow și **Lejwa** au putut izola din urină un veritabil hormon testicular. Tot în urină și chiar în cantitate mare se găsesc acizi aminați cum sunt: glicocolul, triptofanul și histidina, cari s'au dovedit, că au o acțiune fericită în ulcerile gastrice. De asemenea se mai găsesc principii cu acțiune hematopoetică pentru care autourinoterapia a fost întrebuințată cu succes în anemii.

La fel prin urină se elimină toți microbii morți și toxinele lor. Tot prin urină se mai elimină o mare cantitate de vitamina C.

Autorinoterapia a fost întrebuințată cu succes în migrenă, prurit, „sine materia", urticaria, astmul fânului, astm esențial, prurigo, strofulos, disidrose, eczema acută și cronică de origină discrasică sau externă, ali-

mentară sau profesională, eczema solară, maladia Duhring, eritem polimorf, solar sau nu, stomatita lui Quinquand, hidrovacciniforma, maadiile serice, zona.

Tulburările endocrine vegetative sunt foarte influienţate cu rezultate remarcabile, avându-se în vedere faptul că urina, conţine elemente hormonale şi prin autourinoterapie se face o adevărată cură autohormonală.

Doctorul **Wasschawsky** din **Charkow**, a obţinut la femei amenoreice şi oligomerice o regularitate a menstrelor şi totdeodată o ameliorare a simptomelor nervoase de insuficienţă ovariană, cât şi o revenire a apetitului sexual.

Cullagh şi **Hecker** au întrebuinţat-o ca tratament în insuficienţa genitală la bărbaţi. Au tratat un număr de indivizi, unde au pus în evidenţă creşterea metabolismului bazal, hipocolesterolemia şi posibilitatea regăsirii hormonului testicular în urină, notându-se de asemenea creşterea puterii virile.

Studiile publicate de **Orbanejo** şi **Pena Regidor**, cu rezultate mulţumitoare în crauroze vulvare, neurodermatita dismenorexică, eritrodermia indurativă şi acrocianoză.

Frey obţine rezultate în maladia lui Raynaud în insomnii şi în angiospasme.

Zamkof din Leningrad, în gripă, pneumonii şi reumatism.

Cociu şi **Garotescu** în cistite colibacilare.

Aplic autourinoterapia de aproape 10 ani, atât în domeniul dermatologic şi în special în dermatite eczematiforme, cât şi în domeniul neurologic, polinefrite şi paralizii faciale, rezultatele obţinute încurajându-mă s'o'ntrebuinţez în tabes cu rezultate după cum urmează:

OBSERV. I. — Bolnavul Isac, în etate de 58 ani, de profesie administrator de moşie, vine să mă consulte pentru o dermatită eczematiformă a membrelor inferioare. Bolnavul era un vechiu tabetic şi tot atât de vechiu client al clinicei neurologice, încă de pe timpul când această clinică se afla la spitalul Pantelimon. Îşi cunoştea pe de rost foaia de observaţie. Făcuse tratamentul cronic la boala cronică cum spune Sicard. Tabesul de care suferea rămăsese staţionar. Îi fac 20 injecţiuni cu urină proprie. După 10 injecţiuni, bolnavul nu mai acuză dureri fulgurante, dermatita dispare, simte o mai bună dispoziţie şi o mai mare poftă de mâncare.

OBSERV. II. — Bolnavul **Rasuc**, în etate de 47 ani, de profesie învăţător, vine să mă consulte pentru dureri în scobitura epigastrică şi în hipocondrul stâng, iradiind în toate sensurile şi mai ales în omoplatul stâng. Vărsături incoercibile şi abundente cu alteraţie profundă şi rapidă a stării generale, tachicardie şi ameţeli. Crizele gastrice au fost în câteva rânduri însoţite de hematemeze şi nu odată a fost luat drept ulcer gastric. Radiografia nu-l evidenţiază. Bolnavul uza de opiacee în mare cantitate. Reacţia **Wassermann** în serul sanguin, negativă în lichidul cefalo-rachidian intens pozitivă. După tabloul clinic, diagnoza era de crize gastro-tabetice. Tratamentul arseno-bismutic fără efect. Îi fac 20 injecţiuni cu urina proprie. Dela a 8-a injecţie criza cedează complect, apetitul se măreşte. Bolnavul îşi reia ocupaţia.

OBSERV. III. — Bolnavul **Efrim**, în etate de 45 de ani, de profesie morar, este chemat la concentrare de Cercul de Recrutare Vlaşca, la vizita medicală se constată o stare de debilitate fizică pronunţată, cu crize gastrice ce iradiau în toate (părţile) sensurile, întocmai ca un corset ce-l strângea până la sufocare. Este trimis la spitalul militar, unde este reformat cu diagnoza de crize gastrice tabetice. Luat în cabinetul meu, îi fac 20 injecţii. Crizele dispar, se reface ca stare fizică, o mai mare putere de concentraţie, o mai bună dispoziţie, putând să-şi reia ocupaţia.

OBSERV. IV. — Bolnavul **Ene**, în etate de 57 ani, de profesie mecanic din oraşul Giurgiu, s'a tratat timp de 22 ani de reumatism. Vine să mă consulte pentru dureri, „în formă de săgeată" — expresia bolnavului — în membrele inferioare. Reacţia Wassermann în serul sanguin, făcută în nenumărate rânduri a fost negativă. Trimis pentru Wassermann în lichidul cefalo-rachidian este intens pozitiv. După tabloul clinic, diagnosticul este de tabes. Tratamentul arseno-bismutic fără niciun efect. I se fac 20 injecţie cu urina proprie. Bolnavul nu mai acuză dureri fulgurante, prezintă o stare euforică şi un bun apetit, reluându-şi ocupaţia. După 30 zile dela terminarea acestui tratament, seroreacţia B. Wassermann în lichidul cefalo-rachidian, făcut la Spitalul Central — serviciul boli nervoase — este negativă.

Tehnica întrebuinţată până în prezent cu sterilizarea urinei prin substanţe antiseptice: formol 4%, eter, fenol, fenosalil, alcool iodat 1%, o socot vătămătoare pentru organism, atât prin toxicitate, cât şi prin causticitatea substanţelor. Aşa se explică reacţiunile locale, mergând până la gangrena ţesuturilor pe care le-au observat cei care au lucrat astfel. Scopul este, ca tehnica să fie simplă, să fie practică, ori unde se va găsi şi în orice împrejurare s'ar afla medicul să aibe posibilitatea de a pune în aplicare această nouă armă terapeutică, cu foloase aşa de mari în atâtea domenii patologice.

In practica mea de aproape 10 ani, a urionoterapiei atât în direcţia dermatologică cât şi neurologică, folosindu-mă de o lingură de porcelan, o eprubetă, o pensetă de lemn şi un pahar curat, am întrebuinţat **următoarea tehnică:**

Bolnavul urinează în pahar, urina se pune în eprubetă, se fierbe în flacăra lămpei de spirt, se toarnă în lingura de porcelan, ce a fost în prealabil sterilizată tot prin flacăra lămpii de spirt, se lasă să se răcească. Odată răcită se trage în siringă, ce a fost sterlizată prin fier şi acul flambat, cantitatea necesară.

Am început totdeauna cu 2 cc şi am încercat din 2 în 2 zile câte $\frac{1}{2}$ cc, până am ajuns la $6\frac{1}{2}$ cc când începeam să scobor în ordinea urcărei, adică $\frac{1}{2}$ cc, până reveneam la 2 cc. In total 20 injecţii pe serie. O singură dată a mai fost nevoie să mai fac la un bolnav o serie după o pauză de 10 zile. N'am înregistrat niciun inconvenient pentru bolnav.

După injecţie se simte o durere locală ce iradiază de-a-lungul membrului inferior, suportabilă, o uşoară durere lombară şi o senzaţie de presiune craniană. La foarte rari bolnavi, după $\frac{1}{2}$ de oră se poate observa un frison ce nu durează mai mult de o jumătate de oră. Un adevărat şoc. Efectul este cu atât mai mare, cu cât şocul este mai puternic. Injecţia se face intrafesier la locul de elecţie, dar se poate face şi intracutant.

In concluzie: Autourinoterapia a devenit o metodă terapeutică viguroasă, unde tatonările şi empirismul au trebuit să cedeze pasul unei tehnice bine stabilite şi pe cât de simplă pe atât de practică. Urina are puterea analgezică, antitermică, antibactericidă şi proprietatea desensibilizantă. Tulburările endocrine vegetative sunt favorabil influenţate, de asemenea şi în tulburările vasculare se obţin rezultatele remarcabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL SICOZEI SIMPLE

de

D-r ST. MATACHE

Numită încă și „adevărată" și „neparazitară", pentru a fi deosebită textual de sicoza parazitară — trichofitică — sicoza simplă merită a fi ținută sub supraveghere atentă a cercetărilor, întrucât această afecțiune — simplă, prin numele ei — a avut și are încă darul să dea mult de lucru dermatologilor cari i se opun, fără a mai vorbi de nespecialiști, cari ies întotdeauna învinși.

Voiu anticipa că — în clinica Dermato-venerică din Cluj, unde am lucrat peste 3 ani, în vederea stagiului de specialitate — am întâlnit bolnavi ambulanți cu această afecțiune la începerea stagiului, pentru a-i reîntâlni repetate ori cu noi puseuri — până la terminarea acestui stagiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu are o simptomatologie simplă și ușor de purtat de către pacient, dar în orice caz — nu acestea sunt elementele cari îndreptățesc etichetarea de afecțiune gravă — această calificare traducând perseverența și exasperanța-i tendință la recidive.

Plecând dela determinările cele mai banale ale stafilococului la copii și chiar la adult — la acesta din urmă, regiunile pilare și în deosebi: barba, devin paradisul de viață și rezistență al stafilococului, trâmbițându-și ofensiva sub formă de sicoză — rezistența sub formă de perseverență și caracterul subformă de recidive.

Plecând dela stafilococul ce așteaptă la suprafața pielii momentul prielnic de atac — împrumutând stafilococi dela vreo regiune bolnavă vecină (scurgeri nasale, oculare, etc.), sau cu stafilococi din mediul ambiant — afecțiunea își constituie culcușul, în mustață și barbă, oferind cu prim teren, câțiva infundibuli ai foliculilor piloși (loc. min. res.), urmând apoi invadarea profunzimii și a vecinătății.

Precedate și paralelizate de fenomene subiective sâcâitoare (dureri, înțepături, arsuri, tensiune) — apar mici noduli peripilari — duri — cupolați de un țeren roșu și tumefiat. Cu timpul aceste focare se unesc, se deschid la suprafață, lăsând să se scurgă un puroiu, care asigură infectarea altor foliculi și deci perpetuarea și întinderea afecțiunii.

Din această laborioasă activitate a stafilococului — va reeși cu timpul un tablou expresiv pentru afecțiune — cu un polimorfism, tradus

prin: noduli incipienţi — supuraţi — pustule, crustificări, porţiuni întregi înfiltrate, etc..

Violenţa de propagare este desigur în raport cu masivitatea infecţiei, cu starea de igienă în care a fost prins tegumentul şi cu rezistenţa generală şi locală a individului.

Perseverarea — în afară de acest formidabil automatism inoculator al stafilococului — de multe ori s'a dovedit a fi cauzată de nesuprimarea eventualelor izvoare de alimentare (corize, rinite, blefarite, etc.) pe cari Sabouraud — le acuză şi ca origină şi ca mijloace de perseverare — expresionând aceasta, prin complectarea numelui de sicozis, cu: sub-narinar, unilateral, bilateral, etc.

In ceea ce priveşte tratamentul acestei afecţiuni cutanate rebele — trebue să anticipăm două condiţiuni esenţiale: răbdare şi disciplină din partea bolnavului şi perseverenţă din partea medicului. Intr'adevăr — primului, care şi aşa se prezintă târziu la medic şi desconsideră gravitatea boalei, îi este suficientă o oarecare ameliorare, pentru a-şi scoate pansamentul, a lipsi dela consultaţii şi a-şi relua şi ocupaţiunile, chiar dacă este căruţaş, lucrător de fabrică sau arhivar.

Perseverenţa medicului este reclamată de bizareria boalei şi mai ales a evoluţiei ei — el trebue să meargă dincolo de vindecarea aparentă a afecţiunei — capacitând şi pe bolnav în acest sens — şi dându-i recomandaţiuni severe din punct de vedere al igienei cutanate.

In cele două cazuri — cari mi-au inspirat acest articol — voiu expune tratamentul efectuat — în mare parte din cele învăţate, citite şi practicate — cu o componentă aparte, căruia îi atribui accelerarea succesului terapeutic, în ambele cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această componentă, s'a tradus în primul rând — prin refuzul categoric de a da prescripţiuni de tratament la domiciliu — acest tratament fiind efectuat în permanenţă, la cabinet. Conştienţa şi posibilitatea, le-a permis satisfacerea acestui deziderat.

In al doilea rând, folosirea medicaţiunei sulfamidice per os şi local şi a Rivanolului — ca medicaţie intercalată la tratamentul local — la care se adaugă razele ultra-violete.

Elementele — comune, din aproape toate punctele de vedere — la aceşti doi bolnavi, îmi îngăduiesc să fac o descriere unică — scopul final nefiind prin nimic alterat.

Primul caz — prezentat în ziua de 4. I. 1942 — St. D. — 38 ani, căsătorit, factor poştal rural şi **al doilea** prezentat la 8. I. 1942, M. I., 39 ani, căsătorit, comerciant. Ambii suferă de mai mult de un an — în care timp au fost la o serie de medici (factorul şi la farmacişti şi la babe), li s'a prescris fel de fel de alifii cu zinc, pucioasă, mercur, etc. şi li s'a făcut injecţii cu vaccin antistafilococic (celui de al doilea şi autohemoterapie), rezultatele fiind incomplecte şi cu totul tranzitorii.

O notă deosebită asupra debutului: la primul, afecţiunea a debutat pe obrazul stâng, iar la al doilea în mustaţă — deci, la primul a fost de origină pur externă (bărbierit, praf, etc.), iar la al doilea, dela o coriză cronică, pe care de altfel o recunoaştte şi chiar o consideră punct de plecare al afecţiunei sale cutanate.

La ambii — întreaga piele păroasă a bărbei şi mustăţilor, era sediul unei sicoze vulgare, al cărui diagnostic s'a confirmat şi microscopic. Regiunea amintită, plus faţa anterioară a gâtului, erau ocupate de o serie de infiltrate dure şi adevărate masse infiltrative, pustule supurative şi cruste. Subiectiv: dureri şi senzaţie de arsuri.

Factorului i s'a dat un serviciu fix — de biurou — iar comerciantul a rămas numai la cassă — în urma primelor recomandaţiuni făcute.

Au fost tunşi cu maşina şi li s'a aplicat — după o riguroasă tualetă — comprese Burow, schimbate de 2 ori pe zi, cu care ocazie se decapau crustele şi se făcea pensarea pustulelor şi cauterizarea orificiilor evacuate de puroiu — cu azotat de argint 5%.

Concomitent li s'a administrat per os, Dagenan şi Rubiazol, timp de 4 zile — în mod continuu, din 4 în 4 ore, câte o tabletă din fiecare (cura a fost repetată încă de trei ori cu pauze de o săptămână) şi autohemoterapie (16 şedinţe, la 3 zile interval, începând cu 2,5 cc. şi urcând cu 2,5 cc. la fiecare şedinţă până la 20 cc., apoi retur), în pauzele cărcia, am intercalat vaccinul D-r Sărăţeanu.

Zilnic s'a instilat în ochi sol. protargol 1%, iar în nas, sol. Collargol 3%.

Tualeta zilnică a restului sănătos al feţei, a fost făcută de subsemnatul cu sol. acid boric 3% — cu ocazia pansamentelor.

Involuţia infiltratelor devine impresionantă, simptomele subiective devin extrem de indulgente şi — în mai puţin de 10 zile — am un teren perfect calmat şi compatibil tratamentului local propriu-zis.

Se începe epilaţia mecanică — executându-se din 3 în 3 zile — executorii fiind — în mod reciproc — chiar bolnavii.

Pansamentele se fac zilnic, alternând alifia cu Dagenan 10%, cu alifia de Rivanol 1%. Fiecare element pustulos nou apărut, deci de: epilarea ad-hoc, ciupirea pustulei, cauterizarea traectului orificiului pustular, printr'un tampon filiform de vată (montat pe un ac Müller), muiat în sol. de Azotat de Argint 5% şi înlocuirea conţinutului purulent cu pulvere de Dagenan. Bolnavii sunt tunşi regulat şi epilarea se face în mod continuu şi disciplinat din punct de vedere teritorial.

După 6 săptămâni de tratament energic şi perseverent — noile elemente îşi distanţează apariţia, îşi micşorează numărul şi violenţa, regresiunea este accentuată şi continuă.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Bolnavii sunt supuşi la o serie de raze ultra-violete — pentru ca după a 5-a—6-a şedinţă, să caut cu insistenţă, fără a găsi noi elemente de recidivă.

Se continuă tratamentul prin pulverizaţiuni zilnice cu apă distilată iodată — se tamponează, se pudrează cu pulbere bine porfirizată de Dagenan şi se pansează uscat.

Aceasta a fost o expectativă, care a fost menţinută două săptămâni, în care timp — nicio leziune nouă nu şi-a făcut apariţia.

După două luni de tratament zilnic — după programul arătat mai sus — îi las la domiciliu, recomandându-le un săpun de sulf şi totalitatea măsurilor de igienă — cum şi programul de control, astfel întocmit: 2 săptămâni de 3 ori pe săptămână; 8 săptămâni odată pe săptămână. Nu am constatat recidive în timpul perioadei de control şi nici ulterior.

Din expunerea acestor cazuri, concluziile — par că-şi fac loc singure:

a) Prezentarea precoce a bolnavului la medic, ceea ce face parte din educaţia poporului nostru, educaţie ce pare că nu a ajuns încă la acest stadiu;

b) Răbdare şi totală disciplină din partea bolnavului;

c) Aplicarea tratamentului de către specialist personal sau sub observaţiune directă.

2. Pornirea la atac contra acestei afecţiuni să se facă energic,

Protecția gestației

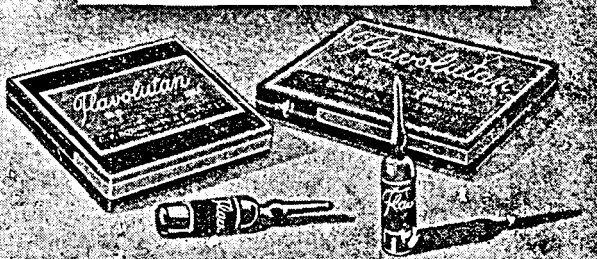
în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg	Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 3 fiole	cutii cu 1 și 5 fiole



C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H. Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forel, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

CHIRURGIA ROMÂNEASCĂ *)

de

D-r V. GOMOIU

(Urmare)

Doamnelor şi Domnilor,

Nu mă voiu ocupa de procesul — pe cât de crâncen, pe atât de injositor — care a durat peste un secol, împărţind pe zişii „binefăcători ai omenirei" în două tabere: de o parte medicii — care se chemau doctori, — iar de alta, chirurgii — cărora li se contesta dreptul de a urma la Universităţi pentru obţinerea acestui grad — deoarece chirurgia era considerată ca o profesiune degradantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ce priveşte însă pe cele peste 350 de pragmatii medico-chirurgicale, despre care spusei că au profesat la noi între anii 1700—1800, amintesc — ca o consolare pentru unii şi ca o frână pentru alţii din Românii care se exprimă cu prea multă uşurinţă de trecutul nostru,—că, la un moment dat, însăşi Franţa — cu oraşul lumină — a fost invadată de o mulţime de medici improvizaţi — străini ori autohtoni, cu, sau fără diplomă, — care nu ştiau nimic din ale medicinei, dar prosteau lumea cu fel de fel de leacuri miraculoase. Aceştia au fost designaţi cu epitetul de „charlatan" şi contra lor a îndreptat Molière şi Daudet nemuritoarele lor şarje.

Dicţionarul Larousse spune că termenul „charlatan" derivă dela italianul „ciarlare" — a flecări — şi însemnează: vânzător de droguri sau scoţător de dinţi în pieţele publice, medic ignorant şi neruşinat, sau impostor care exploatează credulitatea publică, — iar un articol proaspăt apărut în „Gazeta Militară" conchide — foarte măgulitor — că „Este deci bine stabilit că termenul de şarlatanie îşi trage origina din şarlatania medicală, şi nu e de mirare că şi în vremurile noastre

*) Conferinţă inaugurală ţinută în Ateneul Român, la 14 Noembrie 1943. Comprimând conferinţa, — ca să nu depăşească timpul fixat, — autorul a omis unele din pasagiile tipărite cu „petit".

de civilizaţie contimporană, se găsesc unii chiar din medicii diplomaţi, care îşi profesează şarlatania în toată regula".

Trecând însă peste acest fel de consideraţiuni a căror desvoltare nu-şi are loc aci, — cred a fi mai interesant să amintesc că, în 1732 s'a numit la noi primul chirurg de spital — şi anume, la spitalul Colţea, care se fondase în 1710, dar până atunci funcţionase cu un singur dohtor; — este vorba de firigul Cârstian sau Christian Maller, care venise în ţară încă de prin 1713 (adică, pe când avea abia 20 de ani), dar care între timp — risum teneatis — practicase medicina.

Tot pentru edificarea asupra cunoştinţelor medico-chirurgicale ale profesioniştilor vremii, amintesc că în 1735 s'a înfiinţat spitalul Panteimon, tot cu un singur dohtor, iar în 1737 magistratul Sibiului a numit pe un Michail Iohann Popp ca „pestfeldscherer" (adică felcer la ciumaţi), şi, după ce-i enumără avantagiile oferite, îi recomandă să nu primească daruri dela ciumaţi, — ceea ce însemnează că numitul nu prea cunoştea riscurile acelor daruri. Tot cam pe atunci era la Braşov o familie Czakul din ai cărei membri, unul (Mihaiţ) a fost în 1741 chirurg al Braşovului şi s'a distins cu prilejul epidemiei de ciumă; — un altul (Gheorghe) a început cariera ca medic şi apoi a fost chirurg al Braşovului; un al treilea (tot Mihai) a făcut mai întâi practică într'o farmacie, apoi a învăţat medicina la Halle, iar în 1736—7 a ajuns chirurgul domnitorilor noştri Const. şi Ion Mavrocordat. In 1762, acel Czacul a fost numit chirurg al Braşovului, şi, în aceasfă calitate a scris nişte „Instrucţiuni pentru chirurgi".

Chiar dacă nu are nimic original, şi nici nu s'a făcut vreo vâlvă în jurul ei, — această lucrare este extrem de interesantă fiindcă este prima publicaţie românească de chirurgie, şi ca atare, poate să fie luată ca punct de plecare al literaturii noastre speciale, chirurgicale.

Merită apoi să amintesc faptul că, în anul 1753 se pomeneşte la noi prima operaţie de spital, mai însemnată, şi anume: unui oarecare Costin, căruia „degerându-i picioarele, doftorii dela Colţea — probabil, Cârstian de care vorbii — i le-au tăiat, şi acum — zice documentul — făcându-se bine s'a însurat".

In 1757 s'a fondat spitalul Sf. Spiridon din Iaşi, — tot numai cu un dohtor, — dar în acelaşi an s'a înfiinţat, în Craiova, primul nostru spital de specialitate chirurgicală, sau — după cum spun „Analele Parlamentare" — „un spital cu dohtor pentru tămăduire de rane". Acel spital a fost pus sub îngrijirea epitropului Hagi Gheorghe „gerahul" — adică, chirurgul, — despre care se spune însă că „avea şi un chip de spiţerie".

Apoi, tocmai după şase ani (în 1763) se mai pomeneşte de un giriah sau gherah Gioan, înscris în registrul de socoteli al lui Calimahi, cu menţiunea: „pentru doftoriile cheltuite cu îngrijirea lui Mimi Ciohodar care se tăiase la mână".

De aci înainte însă, în ultimul pătrar al acestui secol, numărul chirurgilor — tot străini — a crescut simţitor.

In 1770, în timpul epidemiei de ciumă din Iaşi, se aşează acolo chirurgii Aschenlow şi Rosberg, iar magistru în chirurgie şi farmacie Friedrich Alexander, — care până atunci îndeplinise funcţia de staroste

al agenţiei consulare cesaro-crăeşti, — a deschis spiţerie în Craiova. În 1772 aflăm ca chirurgi, în Cluj, pe Daniel Ambruş, Iosif Benkö, Francisc Gyulai, Ştefan Mezaros, şi Paul Nagy.

În 1778 însă, ca să opereze pe Banul Const. Caragea, pentru cancer al sânului, a fost adus din afară italianul Rossi Fiorentino, — care, nici n'a mai plecat, ci, după 9 ani a deschis spiţerie în Bucureşti. În 1783 mai era în Bucureşti un Corini „chirurg" dar în acelaşi an, un Constantin „bărbieru" zis şi „doftoru" a scos glontele unui Dumitrache Caramanlâu care fusese împuşcat.

Între timpi, după decesul firigului Cârstian (săvârşit în 1741), a mai funcţionat ca chirurg la Spitalul Colţea un anume Martinu „terahu", — căci, în 1787 Nicolae Mavrogheni încunoştiinţează epitropia că „a orânduit ţerah la spitalu dela sfânta mânăstire Colţea, pe Marinu Perinis, în locu lui Martinu care a murit".

Despre felul cum se făceau unele din aceste numiri, ne informează însuşi domnitorul Mavrocordat, prin porunca din 1785, prin care instituе control asupra spitalelor „Precista" din Roman şi „Samoil" din Focşani, pentru motivul că „doctorii curţii gospod orânduiesc la spital doctori pe care îi voiesc ei, cărora prin hatâr li se orînduiesc şi leafă dela spital peste orânduială, din care leafă se împărtăşesc şi doctorii Domnilor...."..

— Prin urmare, năravul este vechi, numai denumirile s'au înoit.

Cât despre starea spitalelor din acea vreme, o aflăm dela Doamnna Joiţa Moruzi, care a poruncit (în 1794) ca, din veniturile sale „să se mai clădească (la Colţea) trei odăi numai ca să se despartă muierele de bărbaţi, ce erau până aci împreună", — iar Domnitorul însuşi spune epitropului Racoviţă: „Iarăşi te înştiinţăm, pentru spitalurile dela mânăstirea Colţea, că pe lângă lipsa de hrană a bolnavilor, ne înştiinţăm deosebit şi de o necurăţenie şi un murdalic care aduce putori, spre mai multă întindere de boală... etc.".

Ne-executându-se porunca, Alex. Moruzi revine cu un nou pitac în care spune:

„Auzim de la mulţi pentru spitalul de la mănăstirea Colţei, cum că este îndestulat cu atâtea mili şi privilegiuri ce are mănăstirea acésta. şi, după ce într'atâtea rânduri, s'au dat poruncile Domniei mele epitropului, pentru buna stare şi orânduiala lui, împotrivă epitropul nu primeşte bolnavii la acel spital, căutarea cea trebuincioasă nu-şi o au săracii bolnavi pe deplin, nici se sileşte pentru dânşii, lucruri cari şi de nu vor fi adevărate toate, dară norodul zice şi o povesteşte; drept aceia vă poruncim Domnia-mea, ca să luaţi dimpreună şi pe archi-iatros şi pe doftorul Caracaş, să mergeţi înşivă la spital, ca să cercetaţi acésta, să le faceţi văzute şi cunoscute, că de nu sunt adevărate, să se astupe gurile celor ce le povestesc; iar de sunt adevărate să le îndreptaţi, spre a primi adică epitropul, pe cei ce vor veni cu teşcherele de la archiiatros, de la doftorul Caracaş, Silivestru. Constantin şi Hristodor. cari sunt ştiuţi şi cunoscuţi Domniei-mele spre a odihni pe bolnavi cu cele trebuincioase, pentru hrana şi pentru căutarea patimilor lor silindu-se pentru dînşii cu osârdie şi cu durere ca să nu mai auzim dupe acésta împotrivă, care nu ne sunt suferite".

De notat este că tot pe atunci a funcţionat primul chirurg al spitalului Pantelimon, — ca „ucenic al doftorului"; — este vorba de un oarecare Costi grecul gerahul, care, înainte de moarte — petrecută

probabil în 1790 — s'a călugărit sub numele de Calistrat şi a instituit ca legatar al averii sale pe starețul Gheorghe dela Cernica, iar prin zapisul din 23 Aprilie 1790, acesta ne arată că „Pentru doftoricescu-i meşteşug, kir Costi gerahul avusese mai multe lanțete de lăsat sânge, un clistir, un cleşte de scos măsele şi întrebuințase felurite doctorii". Starețul Gheorghe nu spune unde o fi învățat kir Costi atâta carte, dar vedeți că — fără să vrea — ne încredințează de starea chirurgiei româneşti din acea epocă, şi de puțina considerație ce se acorda chirurgului, fiind ținut ca un „ucenic" al doftorului.

In 1789 venise în țară un chirurg Mathias Lassel, care a cutreerat Moldova şi Muntenia, şi a operat câțiva bolnavi de ochi, iar în 1791 se pomeneşte în Iaşi de un francez Massot — care, împreună cu medicul german Thiemann, a însoțit pe Potemkin (care se bolnăvise), dar după o călătorie de 40 versete acesta muri şi astfel pare că s'a încheiat însăşi cariera chirurgicală a lui Massot.

In 1792, ivindu-se ciuma, Mihail Sutzu a solicitat pe directorul carantinelor din Ardeal, dar dar acesta a trimis pe „Oberchirurgus" Sadmüller şi pe chirurgul de circumscripție Gutter Kreys, arătându-ne astfel, la ce erau buni chirurgii. In acelaşi an se vâră în punga episcopiei de R.-Vâlcea un „Adam chirurgul", căruia îi plăcea să iscălească „Adam dohtoru", iar un I. von Waradi a preluat în Bucureşti farmacia fondată de cumnatul său Langendorf, el însuşi magistru în chirurgie. In 1795 un Joseph Weidinger „chirurgus der Hof-Agentie" în Bucureşti, succedă unui Morocutti care murise de ciumă, iar un „chirurgus Messitsch" a venit de la Ismail, unde fusese medic şi „informator" (adică, spion). Se vede că pentru aşa treabă era foarte bun, dar când s'a întețit molima „sior Mesit" a fugit, împreună cu tizul său Kraus, şi stăpânirea i-a tăiat leafa. După stingerea epidemiei însă, nenorocita Vornicie a intervenit să fie ținut în slujbă „jeluitorul ce pururea s'au purtat cu cinste şi cu epimelie la datoria sa pe veri unde îl chema", iar mai apoi, în loc să fie internat, preopinentul a fost numit „dohtor şi gerah" al puşcăriei.

Cât despre isprăvile secăturilor medicale, care se înmulțiseră în chip nebănuit, — ne informează însuşi Moruzi Vodă, care porunceşte epistatului Agiei ca: „în toată vremea să privigheze pe unii ca aceştia, ce cu nume că sunt doftori, pricinuesc înşelăciuni şi primejdie de moarte la norod, a nu fi slobozi a umbla prin politie (oraş),... etc.".

In 1799 funcționa ca chirurg al spitalului Pantelimon, un oare care Iosif Ramoli, pe care epitropia voia probabil să-l îndepărteze de vreme ce Domnitorul porunceşte „să i se continue leafa de 40 taleri lunar", iar între 1800—1816 a funcționat acolo un oare care Krebs sau Crems, a cărui văduvă a primit pensie timp de 32 de ani.

Nu ştiu dacă a fost vorba de vreunul din acești chirurgi străini, sau de vreun bărbier de-ai noştri — căci, în acea epocă se pomenesc meşterii Barbu, Gheorghe, Panait, Ivan, Dobrogeanu, Tănase, Mihalache, Ioniță, etc., — dar, spune scriitorul Ion Ghica, că, în anul 1800, unul din panduriі lui Tudor, fiind rănit în luptele de dincolo de Dunăre, a fost adus la spitalul din Craiova, în casele lui Priscoveanu şi „i s'a scos plumbul de sub coaste".

După trei ani însă (în 1803), Const. Ipsilante a organizat pentru acești panduri o infirmerie în Bucureşti, la Mihai Vodă, şi a plătit „mile

la betegiții și sluțiții din războaiele ce s'au întâmplat peste Olt".—Iată, prin urmare, de când s'a creeat clasa invalizilor de război, și cum s'au instituit pensiile de invaliditate!

Interesant este iarăși de amintit că, în același timp (1800), un Ignatie Farkas „maestru chirurg și obstetrician" din Elisabetopol a descris „Practicele întrebuințate la naștere de Românii din Ardeal", iar un alt chirurg Iosif Czako este menționat (în 1807) ca bun cunoscător al procedeelor de vaccinare populară în județul Mureș. Această afirmație este foarte importantă prin faptul că ea confirmă încăodată vechimea vaccinării la noi.

Tot așa de interesant este însă de amintit — măcar în treacăt — că, la noi vaccinarea oficială s'a practicat încă din 1803, — pe vremea lui Alex. Moruzi, de către Carl Gustav Hesse, care a și publicat *„Von den Folgen der Kuhnpockenimfung bei Vaccinierten oder Geblatterten"*,— și, în 1804 s'a creeat un post special, numindu-se doctorul Froelich ca „vaccinator al Moldovei" iar Neustadter a publicat la Sibiu *„Cuvinte despre altoirea vărsatului de vacă* (vaccin)", — pe când englezi continuă să plătească tribut variolii, de oare ce la ei nu s'a introdus vaccinarea obligatorie.

Spusei însă că, marea majoritate a profesioniștilor dela noi s'a îngrijit foarte mult de punga lor, dar prea puțin de sănătatea publică, și de loc de cercetări științifice.

In adevăr. O poruncă din 1803 a lui Const. Ipsilanti spune următoarele:

„unii dintre doftori și unii dintre spițeri, având între dânșii simfonie, nu scriu rețetele cu ifosul cel obișnuit și cu numirea cea sciută a doftoriilor, de a fi cunoscut fieși căruia, și a putea cel cu trebuință a merge la veri-care spițerie, ci pune între acele rețete numere și numiri nesciute, care sunt cunoscute numai spițerilor acelora cu care sunt simfonizați, astfel se face un mare catahrisis la plata acelor doftorii, încărcându-se cel cu trebuință cu preț nesuferit".

Iar în ce privește sănătatea locuitorilor, Alexandru Vodă Moruzi, a luat — în anii 1793—1796 — o serie de măsuri sanitare din cele mai raționale, mărturisind că „La Domnia mea, nu este alt lucru mai mare și mai dintâi al Țării, decât viața și sănătatea locuitorilor ce ne-a încredințat Dumnezeu".

Unele din acele măsuri, au fost repetate de către Vodă Ipsilante, care — între altele — spune în 1803, următoarele:

„Cu toate că din condicile Divanului ne pliroforim că a fost nizam dat, ca fiteș-care mahala să aibă câte un epistat dintre mahalagii, càre pe toate zilele să facă cercetare de boală sau de sănătate și să raportuească, facem îndreptare acelui nizam, că numai câte o lună să slujească și apoi să între altul în rând. Vornicia orașului să orânduiască dar epistat, care să fie dator, ca în toate zilele și în toate diminețile, luând pe unul dintre preoți și pe vatavul mahalalei, să înconjoare toate casele și prăvăliile pe rând, să cerceteze de afara casei pe fieșcarele de sănătate sau de boală, nu numai prin întrebări ci și prin vedere".

Față cu această stare de lucruri, în același an 1803, Const. Ipsilante a repetat porunca dată de Alex. Moruzi, încă din 1795 — ca toți cei ce se îndeletnicesc cu practica medicală să fie controlați de către arhiatru, — și, de aceea se spune că un oarecare Moral „a fost rânduit gerah al poliției (adică al orașului) Craiova, după ce mai întâi a fost

cercetat de arhiatru şi a fost dovedit vrednic". Totuşi, îndemnată de chibzuinţa arhiatrului, sau forţată de împrejurări, sau poate sub imboldul unui sentiment ce mai perzistă pe alocurea, — stăpânirea vremii s'a arătat adeseori foarte îngăduitoare şi chiar favorabilă atâtor improvizaţi. Căci, alături de numeroasele cazuri petrecute cu medicii, şi de acelea ale chirurgilor pe care-i pomenii, — aflăm că un sudit austriac Frantz Kollmeher, care venise în Bucureşti prin 1804 şi se ocupa cu afaceri, a fost numit chirurg la spitalul Colţea, unde a funcţionat apoi aproape un sfert de veac.

Se vede însă că unii dintr'aceştia s'au întrecut cu abuzul şi s'au luat la ceartă între dânşii, — căci, în 1809 câţiva doctori din Bucureşti — alături de care iscăleşte şi un Pană gerahu — au reclamat că „sunt mulţi indivizi care practică medicina fără a fi doctori şi fără a avea învăţată doftoria undevaşi la vreo Academie în Europa şi cu a lor neştiinţă şi netrebnicie face multă stricăciune la sănătatea, la viaţa şi la punga locuitorilor".

Ca să vindece atare stricăciune la punga reclamanţilor, Divanul a luat dreptul de control din mâna arhiatrului şi l-a încredinţat unei comisii de cinci doctori, — care, la prima verificare a descoperit 11 inşi fără ştiinţa doctoriei, dar cu bună ştiinţă a escrocheriei, căci nu aveau diplome ori aveau de cele neadevărate, adică false; — totuşi, în loc să fie cu toţii daţi teshlim peste graniţă — aşa cum s'a procedat cu Anica ţiganca — au fost lăsaţi să profeseze cu titlul de chirurgomani.

Singura consolare — dacă se poate numi aşa — este — cum zisei, — că aceeaşi stare de lucruri s'a petrecut — după cum auziţi — şi în Italia şi în Franţa, de unde a venit... cuvântul „şarlatanie".

Intre alte cazuri, din chiar epoca de care vorbim, se cunoaşte acela al doctorului Sue, care, ne mai ştiind ce să facă cu destrăbălatul său — fiindcă nu învăţase nimic şi îl sărăcise iscălind la poliţe, — l-a trimis în războiul spaniol, ca subchirurg, iar mai apoi, fiindcă nu s'a îndreptat, l-a îmbarcat pe un vas, ca chirurg-şef, şi a devenit renumitul romancier.

Tot astfel se povesteşte din Londra, despre marele Percival Pott sau de altul Thomson, că pe când îşi făcea obişnuita plimbare pe jos, este acostat de un magnific echipaj din care coboară un domn ultra-elegant care-l salută respectuos. Nu mă cunoaşteţi domnule Profesor? — Eu sunt John, fostul D-voastră valet. — Dar, ce este cu D-ta? al cui este echipajul? — Este al meu. — Şi ce faci D-ta ca să ai atâţia bani? — Practic medicina. Păi, când şi unde ai învăţat D-ta? — La D-voastră, cât am văzut şi cât am auzit, iar pentru rest o învârtesc cu tot felul de minciuni. — Dar, cum reuşeşti D-ta să câştigi atâta, când mie, — după o viaţă întreagă şi cu toată reputaţia mea, — nu-mi dă mâna să întreţin trăsură? — Domnule Profesor — răspunse tânărul bogătaş — explicaţia este foarte simplă: La D-ta vin de sigur toţi oamenii cuminţi, pe care nu pot eu să-i păcălesc, dar aceia sunt puţini, — pe când la mine vin toţi proştii, şi, aştia sunt mulţi.

Nu ştiu cum s'a petrecut lucrurile, — căci, în „Expunerea sinoptică a Istoriei Medicinei", pe care a publicat-o chiar în 1812 doctorul Arsaky n'a spus nimic în această privinţă, dar, povestea spitalului „Iubirea de oameni" — actualul „Filantropia", fondat în 1811, — chemarea lui Iosef Sporer, în 1812 ca „arhimamoş „la Bucureşti, — istoria lui Cristian Wehnert, numit în 1813 ca gerah al spitalului Pantelimon, şi a mai tutulor chirurgilor vremii — Frangouli, şi Kraus (în 1811). Viller şi Mecsitz, Schmetz şi Lorenz, (în 1813), Gebauer şi Fotino

Kapu (1814), Peretz (1818) şi atâţi alţii, — ne arată că starea de inferioritate, de care pomenii, a mai continuat multă vreme.

Totuşi, se vede bine că grija pentru sănătatea publică n'a lipsit, din partea stăpânirii, de vreme ce, pe lângă pomenitele măsuri luate de predecesorii Moruzi, Ipsilante, Hangerli, — Scarlat Calimah, revizuind în 1813 „Casa Doctorilor" prevede pentru „doctorii aleşi, cărora le zice profesorii" câte 9800 lei pe an, iar pentru „doftorii gerahi" şi pentru „gerahul ascuţit", numai câte 2000 până la 3000 lei pe an. In schimbul acestor lefi, însă porunceşte Vodă ca:

„aceşti doftori, gerahi şi moaşe să fie de acum toţi îndatoraţi a alerga cu sârguinţă la trebuinţele şi chemările nu numai a boerilor, ce de obşte şi la săraci şi ticăloşi, spre care aceasta şi cuvântul evanghelicesc îi îndatoreşte. Să li se anunţe — zice Vodă — în cât, ori în care ceas, noaptea sau ziua, din partea celui mai de jos sărac şi străin vor fi chemaţi, să nu îndrăsnească vreunul a pune pricinuire de îngreuiere sau a prelungi mergerea pe a doua zi, din care să se primejduiască viaţa oamenilor; ce, sau cu a lor trăsură, sau pe jos, să alerge spre ajutorul celui ce pătimeşte, căci într'alt chip, dacă fără vederată şi binecuvântată trupească neputinţă, oricare din doftori, fără mustrare de cuget pentru înfricoşatul răspuns ce are a da înaintea văzătorului a toate Dumnezeu, cu nesfială va călca acest aşezământ, se va scoate din numărul doftorilor şi tocmeala lui se va strica şi el întru nimica se va socoti".

Doamnelor şi Domnilor,

Exceptând foile sanitare volante, răspândite în Ardeal, şi puţinele publicaţii pe care le pomenii, prima tendinţă mai accentuată către progres — şi în acelaşi timp către naţionalizarea acestei profesiuni — se manifestă abia după anul 1824, prin numeroasele tipărituri — în majoritate traduceri sau compilări — ale românului D-r **Ştefan Episcopescul**. Apoi, cam în acelaşi timp — în 1827 — D-rul N. Kiriacopul — prin lucrarea sa „Douăsprezece învăţături pentru fămeile cele îngreoate, pentru ceasul nascerii şi pentru lehuzie", — descrie abuzurile „ticăloaselor moaşe" şi cere guvernului să înfiinţeze o şcoală de moaşe, dar, propunerea lui n'a fost ascultată.

In schimb, în anul 1830, s'a petrecut la Iaşi un fapt care a influenţat mult evoluţia medicinei româneşti, — şi anume: Prin iniţiativa D-rului **Jacob Czihak** s'a fondat o asociaţie numită „Iassyer medicinische Lesevereine", adică „**Cercul ieşan de citire medicală**", cu 21 membri printre care, 12 medici (cuprinzând şi pe doctorul Kiriacopulos de mai sus), 3 chirurgi, un farmacist, un jurist, un pastor şi trei civili. Statutele au fost redactate în nemţeşte pentru a satisface majoritatea.

In anul 1832, Cercul se reorganizează be baza unui alt statut, redactat de astădată în franţuzeşte şi numit „Arătare pentru înfiinţarea unei Societăţi doftoriceasca Moldo-romanică, întovărăşită de o însemnare gheneralnică de temeiurile proectarisite de doftorii Zotta şi Czihak, doftori în medicină şi herurgie". Aprobarea s'a cerut însă pentru o „Societate literară a medicilor şi naturaliştilor", — şi, după un an — în 1833 — „Societatea doftoriceasca moldo-romanică" devine „Societatea medico-istorio-naturală", iar mai târziu s'a transformat în „Societatea medicilor şi naturaliştilor din Iaşi".

Fără să fi avut la început vreo activitate ştiinţifică remarcabilă,

această Societate s'a făcut totuşi cunoscută străinătăţii, chiar din al doilea an de funcţionare, prin muzeu său şi printr'o vastă corespondenţă, ajungând să înscrie un număr impresionant de „corespondenţi".

Afară de aceasta, tot în acelaşi timp — sau, mai precis, în anul 1832, — graţie guvernatorului general Kisseleff, — căruia 'i s'a recunoscut prea puţin din binele pe care l-a făcut, — comisia instituită pentru cercetarea stării şcoalelor, a propus complectarea programului dela Colegiul Sf. Sava, cu nişte cursuri speciale de medicină, în scopul de a forma **operatori practici**, chemaţi a înlocui pe empiricii care exploatau populaţia.

In acest scop, s'a propus: pentru anul I, o catedră de farmacie cu botanică şi materie medicală: — pentru anul II, o catedră de mică chirurgie şi patologie specială; — pentru anul III, o catedră de anatomie şi fiziologie, — pentru anul IV. o catedră şi igienă şi istorie naturală.

Iată prin urmare zorile învăţământului chirurgical în România!

In locul acestei „propuneri" — căreia se pare că nu i s'a dat urmare, — am aflat însă un „Proiect pentru instituirea unui „Curs de hirurgia cea mică", — semnat de doctorii Gussi, Alexandridi, Rasti, Karazisu şi Formion, — care spune următoarele:

1. „Se va întocmi în spitalul Colţii, un curs de hirurgia cea mică, unde ucenicii vor învăţa să ia sânge, să aplice ventuze şi vezicatorii, să scoată şi să curăţe dinţii, să facă greţe, şi ori ce se mai atinge de chirurgia cea mică.

2. Acest curs va avea doi ani de studii: In primul an, elevii îşi vor însuşi noţiunile de anatomie, fiziologie şi teoria micei chirurgii; în al doilea an, şcolarii vor învăţa să cunoască practica operaţiunilor de mai sus.

3. La sfârşitul studiilor, şcolarii vor trece un examen în faţa medicului principal şi a comisiei de medici, şi acei care vor fi socotiţi destoinici, vor primi diploma de felceri.

4. Aceşti felceri, nu vor putea a orândui dohtorii pe dinlăuntru nici pe din afară, nu vor putea să întrebuinţeze substanţe eroice, nici să facă vre-o operaţie importantă fără povaţa doctorului, ca unii ce sunt ucenici şi ajutori dohtorilor şi hirurgilor".

De pe urma acestei şcoale n'a rămas decât o foarte vagă amintire, dar în aceeaşi vreme D-rul Petre Vasici Ungureanu — ca şi Episcopescu — publică o seamă de lucrări (traducei şi compilări); — D-rul Const. Caracaşi publică „Topografia tis Vlahiaş", — D-rul I. S. Czihak, deschide la Iaşi, un curs de Istoria naturală, şi publică la Frieburg „Bericht über die Fortschritte der Civilisation in dem Furstenthum Moldau", — D-rul I. N. Meyer comunică la Bonn „Du progrès dans les principautés de Valachie et de Moldavie", — doctorul Reider sau Raicter, dela oraşu Bucureşti, publică „Die sumfgewässer in Rumänien" şi „Malaria palustris valacho-moldavica", iar doctorul M. Zotta dela Iaşi publică, în „Buchner's chemische Annalen", analiza apelor minerale dela Slănic, Sarul Dornei, Borcea, Hangu şi Strunga, etc.

Iată, Doamnelor şi Domnilor, începuturile medicinei şi chirurgiei româneşti de astăzi! — Drumul a fost lung şi foarte greu, dar se poate spune că rezultatul a întrecut orice prevederi.

Iar ca să dau putinţa unei mai juste preţuiri a progresului pe care

l-a făcut chirurgia românească, mai amintesc şi faptul că, în 1838 când a început să funcţioneze spitalul Brâncovenesc — care era cel mai nou sau mai modern din vremea aceea, — s'a angajat cu contract chirurgul Francesco Nisato, ca ajutor sau secundar al doctorului Sakelarie.

In istoricul pe care l-am scris cu ocazia centenarului acestui spital, am arătat că, odată cu pomenitul chirurg s'a numit şi un ipohirurg sau felcer (Antonius Mady Nagel) şi un bărbier (Gheorghe sin Ion).

In ce priveşte personalul, se poate spune că chirurgia a fost bine reprezentată numericeşte, dar ca material s'a aflat doar următoarele „Lucruri trebuincioase hirurgului":

O tigae de fier nemţească pentru cataplasme,
7 tablale de lemn pentru cataplasme,
2 tigăi de aramă pentru cataplasme,
15 coţi de pânză pentru cârpe de cataplasme,
Un scaun pentru pus lipitori,
3 litre bumbac pentru pus lipitori,
4 cămăşi vechi de la Madama, pentru scamă,
19½ oca scamă pentru rane,
60 coţi pânză pentru feşi de legat rane,
11 cămăşi vechi pentru cârpe de vezicatori şi alifii,
O tavă de Lipsca pentru instrumenturi,
2563 lei costul instrumenturilor chirurgiceşti de la Paris,
69 lei pă un ghiozdan cu 13 bucăţi instrumenturi,
1½ m. postav roşu pentru lăsat sânge,
12 cârje pentru bolnavi,
2 scânduri cu călimări de scris reţete (una pentru hirurg şi alta pentru ipohirurg).

N'am aflat ce fel vor fi fost pomenitele instrumenturi dar, din enumerarea de mai sus, se poate deduce că mai toată practica chirurgicească se reducea la cataplasme, la aplicarea de lipitori, la sângerare, şi la legarea ranelor, iar despre rezultatele terapeutice ne informează iconomul, care a înregistrat cheltuielile cu îngroparea a 19 morţi în primele două luni, măcar că spitalul nu avea în total decât 60 paturi.

Progresul se poate urmări însă uşor, căci în al doilea an se mai cumpără o cutie cu 30 catheteruri de gumă şi de ceară, catheturi de gumielastic, 3 buzine, o cutie cu 30 siringi, o masă de operaţie, precum şi o mescioară cu şurupuri de lemn şi de fier pusă deasupra mesii de operaţie; — ba încă, s'a cumpărat un dulap cu lustru, în care s'au aşezat instrumenturile şi 2½ coţi de postav cu care s'au învelit rafturile dulapului. In acelaşi an s'a mai cumpărat cinci bureţi de spălat rane şi şase bureţi mari pentru şters, dar, în tot anul nu s'a consumat decât 60 coţi pânză pentru feşi, — ceea ce înseamnă că nu s'au făcut prea multe pansamente.

In schimb, s'a cumpărat două spenţere şi două perechi de pantaloni cu legături pentru bolnavii ce nebunesc, — înţelegându-se, probabil, deliranţii din cauza infecţiunilor grave.

Deşi nu se spune cui era destinat, merită să amintesc însă că, printre aceste cheltueli, este înscris şi preţul unui gârbaci de curea.

Abia în al treilea an de funcţionare s'a mai cumpărat şi „un coş de coaje pentru aşezatul oaselor scheletului", o „macara pentru frângerea mădularilor", şi „două şteanguri pentru operaţii" — adică pentru legat bolnavii în timpul operaţiei, în locul anesteziei, care încă nu se cu-

noştea, — iar în al IV-lea an de funcţionare s'a cumpărat şi „un mangal de aramă pentru trebuinţa chirurgului", — ceea ce însemnează că s'a introdus cauterizarea.

De altfel, tabelele de mişcarea bolnavilor din acea epocă ne arată foarte clar care erau raporturile dintre nevoile sau preocupările chirurgicale faţă de cele medicale, — căci, în anul 1839, de pildă, au fost trataţi: 308 „sifilitice patimi de tot felul", 163 „friguri în tot felul", 96 „înfierbântaţi şi lângori în tot felul", 107 „junghiuri sau enflamaţii în osebite părţi ale trupului", — iar ca afecţiuni chirurgicale n'au fost decât 70 cazuri cu „răni şi striviri" şi alte 11 cu „disurie, adică încuere la ud şi piatră".

Ori. Dacă aceasta era ştiinţa şi practica alesului Nisato şi a doctorului Sakelarie, de la modernul spital Brâncovenesc, — se înţelege că tot aşa trebue să fi fost şi chirurgia lui Dimitrie Patzuri de la poliţia Bucureşti, — a lui Christian Wehnert de la Pantelimon, — a lui Kollmeyer şi a ipochirurgului Saturi de la Colţea, — a lui Samuel Kisch şi a ajutorului său Reinhardt de la Filantropia, — a lui Roja de la spitalul din Oradea, — a hultuitorilor Covalevschi (Fălciu), Magzali (Roman) şi Fenster (Suceava), — cum şi a practicanţilor Burger (Iaşi), Binder şi Gheorghevici, Zinc şi Vilag, Adamski şi Meissel, Berbeca, Humer, Navara şi Salerschi, Grabscheid, Steiner, Puretzki, Prodan, Schuhmacher şi ceilalţi.

Lăsând însă la o parte evoluţia medicinei româneşti, — care, înscrie tot mai multe lucrări, privind mai ales flora, fauna, şi apele minerale ale ţării, — este de remarcat că, de aci înainte, sforţările către progres, se succed într'un ritm destul de accelerat, şi cu toate acestea va mai trece încă un sfert de veac până să putem vorbi — la propriu — de o chirurgie românească, cu care să ne putem lăuda.

In adevăr. In 1839 s'a deschis „Institutul de nascere şi de moshit" — începutul actualei Maternităţi dela Filantropia, — precum şi „Şcoala de moşhire din Bucureşti". Ambele au fost puse sub direcţia arhimamoşului-chirurg Josef Sporer, care a şi publicat un manual intitulat „Meşteşugul moşării, pentru învăţătura moaşelor".

In anul 1841, se petrece însă încă un eveniment — de mare însemnătate — şi anume: Nicolae Kretzulescu, doctor în medicină dela Paris, cere Domnitorului Alexandru Ghika, permisiunea să deschidă la Spitalul Colţea o „Şcoală de mică chirurgie" menită să producă nu numai felceri ci şi oficeri de sănătate (adică un fel de medici rurali), cum era în Franţa. Proiectul lui Kretzulescu a fost trimis Eforiei Spitalelor, iar aceasta l-a dat în cercetarea Comisiei doctoriceşti, care a răspuns următoarele: „Noi, iscăliţii, primind otnoşenia cinstitei Eforii împreună cu proiectul alcătuit de Doctorul Nicolae Cretulescu şi cercetându-l cu de-a-mănuntul, l-am alcătuit în forma ce se alătură pe lângă aceasta, adăugând că, fiind-că din experienţă cunoascem că un felcer nu poate nici odată trăi, într'acest prinţipat, numai cu acest meşteşug al său, de aceia pentru ca şi ştiinţa aceasta să înflorească şi cei ce o întreprind să poată îndestula trebuinţele lor, socotim că îndeletnicirea de felcer trebue să se însoţească cu un alt meşteşug, cum ar fi bărbieria sau altul, după cum aceasta se urmează şi în Austria".

Iată dar cât de puțin ne trebuia în această privință ca să ne asemuim civilizatei Austrii!

Acea școală, cu doi ani de studii, având ca unic profesor și director pe Nicolae Kretzulescu, s'a deschis în Ianuarie 1842 în prezența Domnitorului, iar pentru înlesnirea „studenților", Crețulescu a publicat un „Manual de Anatomie și fiziologie" (traducere și prescurtare după tratatul lui Cruveilhier). Examenul finelui de an și promovarea „studenților" s'a făcut cu mare solemnitate, dar, când să se înceapă anul II, D-rul Kretzulescu a cerut Eforiei, ca să-i dea lui tot spitalul Colțea — sau măcar o parte dintr'însul — ce să învețe elevilor clinica, adică medicina practică, pe bolnavi.

Deoarece însă Dimitrie Warthiadis — care era doctorul spitalului — și Frantz Risdörfer — care era gerah la Colțea, — nu s'au învoit cu propunerea lui Kretzlescu, Eforia 'i-a respins cererea, iar Kretzulescu a părăsit școala, și a fost înlocuit prin cei doi. Pentru anii următori lipsesc orice informații, dar putem deduce că între timp, școala s'a desființat, deoarece în 1852 s'a cerut reînființarea ei.

Această relatare ne mai încredințează însă cât de tari erau străinii în Țara Românească, dacă au putut să înfrângă pe însuși boerul Nicolae Kretzulescu, iar în Moldova însuși domnitorul era să-și piardă tronul, din cauza pedepsirei unui astfel de doftor.

In ce privește stadiul chirurgiei de atunci, îl deducem doar tot din tabelele de care vorbii, ale spitalului Brâncovenesc, întru cât acesta este singurul care a publicat atare dări de seamă. Ori. Din acestea se constată că, atâția ani de-a-rândul diagnosticele chirurgicale s'au rezumat la două formule stereotipe: „patimi de oase" și „patimi ale udului". Adevăr este că, în 1844 s'au cumpărat dela Paris foarte multe instrumente, și se vorbește prima dată de: ghiață pentru operație la bolnavi „și de lighene de alamă pentru operație", — ba încă s'a cheltuit și „20 parale pentru o litră de rachiu la operație", dar nu s'a scris nicăieri ce fel de operații s'au făcut.

Despre chirurgul dela Colțea — a cărui îndrăsneală se vede că se măsura cu inconștiența, — povestește un martor ocular, că într'o zi s'a apucat să scoată un calcul vezico-urinar: — după ce a legat bolnavul pe masa de operație, în poziție dorsală genupectorală, — a luat cuțitul de amputație și fără nici o altă pregătire, afundându-l în perineu, 'i-a imprimat mișcări de dute-vino, până ce a izbit cu vârful în calcul, și apoi a spintecat în toate părțile: a băgat mâna, a scos piatra și a pornit a se minuna, arătând-o celor dinprejur: „uita moo, firăl-a-dracule, mare este mo", iar între timp bolnavul a murit de hemoragie, confirmând astfel dictonul — așa de vechi, și totuși pe alocurea încă modern, — că „operația a reușit, dar bolnavul a sucombat".

Ori. Dacă aceasta era situația în marile spitale civile, se înțelege lesne că, cu toată truda lui Czihak, la Iași, situația din armată nu era mai surâzătoare. Pentru nevoile celei muntene, în anul 1850, Generalul C. N. Cherăscu-Năsturel a înființat o „Școală militară de mică chirurgie" cu „10 elevi" conform — zicea el — cu mediile (adică, cu mijloacele) și trebuințele țerei din acea epocă. Această școală menită să producă felceri militari, a început să funcționeze în podul Caliței, sub conducerea lui Karl Wittmann „docteur en médecine, maître en oculistique

et membre de plusieurs sociétés", iar în 1851, împreună cu spitalul militar, s'a mutat la Mihai Vodă, unde au continuat sub aceeaşi direcţie.

In martie 1853 însă, Barbu Ştirbei Vodă a adus în ţară, pe doctorul Charles Davila, pe care l-a numit dintr'o dată „oberstabdoctor", adică maior, medic şef al oştirei, şi în acelaşi timp şef al spitalului militar dela Mihai-Vodă. In toamnă, când au venit armatele ruse, Davila a fost destituit, dar a fost reintegrat imediat după plecarea acestora. In 1854, luându-şi ca ajutoare câţiva din vechii magistri în chirurgie, a instruit o serie de soldaţi din care a făcut felceri sau subajutoare pentru nevoile spitalului şi pentru oarecare însărcinări pe la trupele din garnizoană — în primul rând pentru vaccinare.

Nu este de sigur fără interes să amintesc că, în acest timp apare primul chirurg titrat român; — este vorba de Nicolae Turnescu, doctor de la Paris, — care, pe lângă teza de doctorat în medicină, a prezentat, tot în 1853, încă una — specială, pentru chirurgie — intitulată „Des luxations accidentelles en général".

Imediat după revenirea în ţară (în 1854) a fost numit chirurg, adică doktor secundar la spitalul Colţea, care era încă tot spital mixt, adică avea o singură secţie pentru tot felul de boale.

In schimb, se pare că între timp spitalul Sf. Spiridon din Iaşi se bifurcase, de oare ce încă din anul 1853, D-rul Ludovic Russ este menţionat ca chirurg-şef al secţiei chirurgicale.

După alt an, în 1855, Davila a cerut Domnitorului Ştirbei, autorizarea să înfiinţeze, la spitalul oştirei, o „Şcoală de mică chirurgie" care să producă felcerii necesari atât pentru armată cât şi pentru spitalele civile. Ba mai mult. Considerând închisă şcoala lui Cherăscu, — care funcţionase sub direcţia lui Wittmann, — Davila a cerut să se desfiinţeze şi şcoala de felceri a Eforiei, care se vede că între timp reîncepuse, la spitalul Filantropia, sub conducerea D-rului Gheorghe Polizu.

Pentru înscrierea în această nouă şcoală — „a lui Davila" — candidaţii trebuia să aibă etatea de 14—16 ani, să fi absolvit 4 clase primare, şi să fie prezentaţi de părinţi. Deschiderea acesteia se fixase pentru 18 Noemvrie 1855, avertizându-se că cine nu se prezintă până în ziua de 16, nu va mai fi primit; — dar, nu s'a înscris nimeni. In faţa acestei situaţii, s'a renunţat la orice alte „condiţii de admitere", menţinându-se una singură: „Candidatul să ştie a scrie şi a citi", renunţându-se chiar la calificativul „bine" pe care-l ceruse Creţulescu în 1841 pentru elevii şcoalei sale.

In felul acesta s'a deschis noua şcoală, la 4 Decemvrie 1855, cu un număr de 32 elevi, la care s'au mai adăugat alţii între 5—15 Decemvrie. Pentru a-i putea întreţine — fiindcă şcoala nu avea fonduri — şi în acelaşi timp pentru a menţine disciplina, toţi elevii au fost însumaţi ca soldaţi ai armatei, iar pentru instruirea lor, au primit să facă cursuri, gratuit, D-rii Iuliu Barasch (pentru Istoria naturală), Alexe Marin (pentru fizică şi chimie), G. Polyzu (pentru anatomie şi fiziologie), Suhamel (pentru mica chirurgie) şi farmacistul Pruzinscy (pentru materia medicală). In acest scop, Davila apelase şi la alţii, dar românul N. T. a refuzat să muncească gratuit, iar străinul P. I. a răspuns că „nu dă mărgăritar porcilor", — şi, de aceea, în afară de administraţia şcoalei,

Davila a luat asupra sa clinica medicală, clinica chirurgicală, cursul de bandaje şi aparate de fracturi, şi lucrările practice de anatomie.

După un an de funcţionare, convingându-se de aptitudinile elevilor, Davila a solicitat (în 1856) Domnitorului Ştirbei, autorizarea să reorganizeze Şcoala, transformând-o în „Şcoală de chirurgie" menită să creeze chirurgi de spitale, adică nu felceri ci magistri în chirurgie, şi în acelaşi timp oficeri de sănătate, ca medici de judeţe. Vodă, — care inspectase şcoala, — nu numai că aprobă noul program, cu cinci ani de studii teoretice şi practice, dar alocă şi o seamă de fonduri pentru realizarea lui.

Aşa se face că, în acest an, s'a mai adaugat un profesor de patologie chirurgicală — Petre Protici, care încă din 1854 era medicul alienaţilor de la Mărcuţa; — un profesor pentru o clinică chirurgicală şi medicină operatorie — D-rul Nicolae Turnescu, despre care spusei că intrase în 1854 ca secundar (— adică, chirurg) la spitalul Colţea: — un profesor de obstetrică — D-rul Ştefan Capşa, al cărui curs avea să intre mai târziu în program; — profesorul Wertheimer, pentru parabolanologie, — şi Sublocotenent Costiescu, pentru Istoria Medicinei în antichitate; — Davila a rămas cu toate cursurile dinainte, fiind ajutat de aceeaşi magistri: Brust, Eichenbaum, Suhamel, Wertheimer şi Zitzeos care era şef de serviciu în spitalul oştirei.

Îngrijoraţi însă de avântul pe care-l luase Şcoala lui Davila,—şi temându-se că într'o bună zi vor fi înlocuiţi în funcţiunile lor de către absolvenţii români,—profesioniştii străini au început să o critice, şi s'au găsit chiar din ai noştri, care să încerce a descuraja pe Davila. Fiind poftit într'o zi, — în calitatea sa de protomedic, — ca să viziteze şcoala, fostul român macedonean Nicolae Guşe devenit „le docteur Nicolas Goussy" exclamă: „ça m'etonne, Monsieur Davila, que vous vous donnez tant de peine pour faire apprendre la médecine aux Roumains, car ils sont incapables de savoir une pareille science. Si vous avez bésoin de médecins pour l'armée, vous n'avez qu'à vous adresser à Athènes et vous aurez tant que vous voudrez"; iar mai târziu, proaspăt venitul Gluck îi ţine acelaşi limbaj, asigurându-l că poate găsi tot felul de medici la Lemberg sau la Cracovia, de unde venise el. Totuşi, Davila n'a descurajat deoarece se ştia bine susţinut de Ştirbei, care preţuia atât de mult şcoala, în cât a asistat în fiecare an la distribuirea premiilor.

Dar, după plecarea lui Ştirbei dela domnie, s'a abătut un vânt nefavorabil asupra şcoalei, căci, însinuările de tot felul — înteţite poate şi de spiritul autocrat sau de procedeele uneori arbitrare ale lui Davila — au găsit ascultare la spătarul Odobescu, care era filorus pătruns şi nu privea cu ochi buni pe franţuzul Davila. In această atmosferă de resentimente, o întâmplare stupidă era cât pe aci să pună capăt acestui început atât de promiţător, dar, tot o împrejurare — de astă dată fericită — a zădărnicit urmările cele dintâi, şi a stabilizat şcoala, iar prin aceasta, a consolidat însăşi baza medicinei şi a chirurgiei româneşti.

In adevăr. Prin Octombrie 1856 a venit la spital — la Mihai Vodă, unde era şi şcoala, — mama unui soldat care se internase ca bolnav, dar care murise între timp şi asupra lui se făcuseră lucrări practice de anatomie. Fie că a fost condusă de cineva, ori a nemerit singură, în

sala de disecție, — fapt este că, după ce și-a văzut feciorul ciopârțit, nefericita mamă a eșit în drum țipând, și, fiindcă tocmai atunci trecea pe acolo maiorul de rond Cuțarida, acesta a raportat cazul, iar polcovnicul Odobescu a poruncit maiorului Gavrilaș ca, în termen de 24 de ore, să evacueze școala din localul spitalului.

Considerând proporțiile catastrofei, Davila a alergat la compatriotul său Louis Beclard consulul Franței, care era mare filoromân, căsătorit cu o româncă, iar acesta a raportat guvernului francez. Ministrul Instrucției dela Paris a obținut imediat dela Napoleon, un decret care autoriză pe Consulul din București să ia măsuri pentru ca școala de medicină să fie menținută și întreținută pe cheltuiala Franței. Văzându-se astfel stăpân pe situație, Davila s'a prezentat atunci în audiență la caimacamul Alexandru Ghika, căruia i-a comunicat atât porunca lui Odobescu cât și răspunsul Guvernului francez, iar ca urmare, Prințul a chemat pe Odobescu și l-a rugat să revină asupra măsuri ce luase.

In urma acestui succes, și mai ales după moartea lui Odobescu — care s'a petrecut curând, — năzuințele lui Davila au crescut; în chiar anul 1857 el a procedat la o nouă reorganizare a școalei sale, căreia i-a dat un program asemuitor celor din Frannța și a botezat-o **„Școala națională de Medicină și de farmacie"**. Ba mai mult. Davila a plecat la Paris, și a obținut un decret imperial pe baza căruia școala noastră a fost asimilată școalelor secundare de medicină din Franța, și ca atare, absolvenții dela București puteau să continue cursurile și să treacă doctoratul la Facultățile de medicină din Franța.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(Urmare)

Somn liniștit
deșteptare plăcută
prin

NOCTAL

Descompunere complectă și rapidă în organism.

Limite largi de dozare.

Nu dă obișnuință chiar după o utilizare îndelungată.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6.

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIFUZIUNEA INFECȚIEI TUBERCULOASE IN MEDIUL RURAL ȘI COMBATEREA EI

de

D-r EUGEN NUȚIU
Medicul circ. rur. Cetatea de Baltă
(Jud. Târnava Mică)

Difuziunea infecției tuberculoase în mediul rural, ia, pe unele locuri aspecte de-a-dreptul înspăimântătoare. Procesul de difuziune a acestei infecții din centrele urbane spre populația rurală, la noi, este abia la începutul său și aproape în toate cazurile unde găsim, la țară, o infecție masivă de tuberculoză, această cale de invazie este prezentă în toată intensitatea ei, cu atât mai mult cu cât acestui factor se adaugă și factorul locuință, alcoolism, subalimentație, lipsa higienei corporale și în același timp a elementelor suficiente de luptă antituberculoase. Dacă aceste infecții masive nu se semnalează mai frecvent, se datorește de sigur lipsei mijloacelor practice și la îndemână, necesare depistării acestei maladii, în special a instalațiilor de microradiofotografierea în massă a populației, căci singurul mijloc care permite descoperirea tuberculozei în faza inițială, este numai examenul radiologic, precum și lipsei totale de îndrumare tehnică a personalului medical care activează în mediul rural și a inițierii lui practice în problemele de descoperire, combatere și tratament a tuberculozei.

Viața țăranului a încetat de a mai fi patriarhală și restrânsă la satul lui, el a ieșit la oraș și a intrat în fabrici, fie atras de mirajul unui viitor mai ușor, fie mânat de greutățile familiare cărora nu le putea face față din câștigul proprietății sale agricole, dar niciodată el nu a rupt contactul cu satul lui. In cele mai multe cazuri soțul se angajează muncitor în diferite fabrici și întreprinderi, iar familia rămânea acasă să continuie munca câmpului, angajându-se astfel o legătură permanentă, și apropiată între mediul infectat al fabricei și orașului și între satul până acuma indemn. Acestor împrejurări schimbate și peste care alte țări au trecut de mult, trebuiesc adaptate și mijloacele de apărarea patrimoniului nostru biologic și trebuiesc aduse în mediul rural achizițiile cele mai noi de luptă antituberculoasă, între care nu ultimul loc îl ocupă pregătirea temeinică în această direcție a factorilor cari sunt chemați să

lupte împotriva penetrării prea adânci a acestei infecții la țară, în speță a medicului de circumscripție.

Aceste idei mi le-au sugerat constatările pe care le-am făcut în această direcție în comuna Boian, aparținătoare circumscripției ce conduc și unde, impresionat de frecventele îmbolnăviri pulmonare, în special tuberculoase, pe cari le descoperéam cu fiecare ocazie, am întreprins, în vara anului 1943, o anchetă medico-socială, cutreerând casă de casă, examinând pe toți locuitorii aflați acasă, pentru a descoperi toate cazurile de tuberculoză, luând spută pentru examen bacteriologic, îndrumând bolnavii la cel mai apropiat spital pentru examen radiologic, supraveghind pe cei suspecți, izolând, pe cât a fost posibil, pe cei cu focare deschise și dând peste tot sfaturi și îndrumări de igienă casnică, corporală și de alimentație rațională. În această acțiune cel mai larg sprijin l-am avut în secția medicală a Spitalului de Stat din Mediaș, condusă de D-l D-r Sireteanu, care a examinat, internat și tratat cea mai mare parte a bolnavilor din faza evolutivă.

Comuna Boian, unde am întreprins acțiunea descrisă mai sus, situată în partea sudică a județului Târnava-Mică, pe șoseaua Cetatea de Baltă—Bazna—Mediaș, are la sfârșitul anului 1943, un număr de 2264 locuitori, deci ea este una dintre cele mai mari comune a județului, din cari 68% sunt români, 18% germani, 5% unguri și 9% țigani. Comuna este la o depărtare de 14 km. de orașul Mediaș și de 19 km. de Târnăveni. Din punct de vedere demografic, natalitatea a fost în medie, pe ultimii 5 ani de 24,4 la 1000 de locuitori, mortalitatea de 17,5 la 1000, excedentul natural de 6,9 la 1000 de locuitori, iar mortalitatea infantilă de 20,2%.

Cu privire la ocupația locuitorilor, două sunt caracteristicele acestei comune: 1. comuna este înconjurată de podgorii întinse, pe o suprafață de 160 jug., cu o producție anuală de cca. 38.000 dal, vin de calitate foarte bună, care însă aproape în întregime se consumă în comună, prea puțin fiind comercializat. O bună parte din ocupațiile locuitorilor de ambe sexe este dedicată deci viticulturii; 2. angajarea unui foarte mare număr de bărbați și chiar femei în diferite fabrici și întreprinderi din Mediaș, Târnăveni și alte centre industriale, chiar în regiunile mai îndepărtate ale țării, ca: București, Brașov, Făgăraș, număr care se ridică la un procent de 15% din totalul locuitorilor capabili de lucru. Din acest motiv, femeile și copiii sunt prea mult și prea de timpuriu angajați în agricultură și viticultură.

Cât privește starea de salubritate chiar dela prima privire este aparentă lipsa de grijă și bună orânduire gospodărească a întregei comune. Casele destul de neîngrijite, la fel grajdurile și curțile, iar locuințele suferă de toate defectele locuinței rurale: suprapopulate prin îngrămădirea într'o singură cameră, geamuri mici și defectuoase, cu podeală din pământ lipit cu bălegar.

Alimentația locuitorilor constă din cereală și lapte, vara legume însă în cantități destul de reduse, iarna carne de porc, vara însă carne se consumă în cantități foarte mici, slănina fiind alimentul care se consumă în cantități mai mari în tot anul, deci o alimentație unilaterală și insuficientă atât calitativ cât și cantitativ. În ultimii ani a mai intervenit un

factor desechilibrant în alimentaţia ţăranului de aci ca şi de pretutindeni, care accentuiază şi mai mult efectele alimentaţiei insuficiente; lăptăriile, cari prin tendinţa lor de industrializare prea pronunţată a laptelui, răpesc şi aproape singurul aport de proteine animale din alimentaţia ruralului, deoarece ţăranul comercializează aproape întreg produsul său de lapte, necum să mai scoată din el derivate cari au o valoare nutritivă mai ridicată.

Aceşti factori sociali: alcoolismul, munca în fabrici, insalubritatea şi lipsa igienei locuinţei, urmărite de aproape de subalimentaţie, au avut şi au consecinţe nefaste în procesul de răspândire a infecţiei tuberculoase în această comună.

Morbiditatea tuberculoasă, în anul 1843, a fost la 1236,7 la 100.000 de locuitori, global având înregistrate un număr de 28 cazuri descoperite până la sfârşitul anului, morbiditate care trebue să fie cu mult sub situaţia reală, deoarece mijloacele care ne-au stat la dispoziţie au fost prea modeste ca să poată depista toate îmbolnăvirile, chiar şi cele latente. Dar tocmai această morbiditate mare aflată prin mijloace de investigaţie reduse, arată cât de masivă trebue să fie infecţia tuberculoasă în această comună şi că o anchetă radiologică şi clinică amănunţită ar dubla poate cazurile cunoscute, aşa cum s'a întâmplat pretutindeni unde s'au făcut asemenea anchete. Totuşi dacă comparăm morbiditatea această cu cifrele autorilor cari au putut studia tuberculoza cu mijloace ştiinţifice mai mult sau mai puţin precise, din care însă nu a lipsit examenul radiologic în masă, constatăm că ea este foarte mare. Astfel Bălteanu-Alexa, pentru plasa Tomeşti, în anul 1937, dau o morbiditate de 1600 la 100.000 de locuitori, Nasta pentru Circ. Brăneşti, de 2560, Stoichiţă-Popescu, în 1938, pentru Inspectoratul Gl. Sanitar Sibiu, de 840, Daniello în com. Măguri, de 560, Ienei în Circ. Roşia Montană, de 1577 la 100.000 de locuitori, deci morbiditatea de 1236 la 100.000 locuitori, găsite de noi în comuna Boian, deşi cu posibilităţi reduse de depistare, se situează aproape de procentajul cel mai ridicat găsit de diferiţi cercetători. Morbiditatea pentru anii precedenţi nu am putut-o afla, fiindcă pe de o parte circumscripţia este nou înfiinţată şi din arhiva primită la înfiinţare nu am putut culege date concludente, iar pe de altă parte de abia din vara anului 1942 am putut să mă ocup intens de circumscripţie.

Mortalitatea pe anul 1943 a fost de 220,8 la 100.000 de locuitori. Media mortalităţii pe ultimii 5 ani, a fost de 159,5 la 100.000 locuitori, deci o creştere destul de apreciabilă, care însă în parte se datoreşte şi unei depistări mai intense şi unui mai apropiat control a cauzelor de moarte.

Raportul între morbiditate şi mortalitate în anul 1943 este extrem de ridicat. La 28 cazuri de t.b.c. evolutivă cunoscute s'au înregistrat 5 decese, deci un deces la 5,6 cazuri de t.b.c. activă.

Frecvenţa infecţiei cercetată prin cutireacţia Pirquet la 184 elevi de şcoală s'a tradus prin 58,3% reacţii pozitive. De altfel starea de nutriţie a acestor elevi, comparativ cu tabelele standard a lui Râmneanţu, este destul de scăzută, întrucât 41,2% din copii sunt subnutriţi. O legătură între starea de subnutriţie şi reacţia Pirquet pozitivă,

din datele căpătate de noi, nu putem stabili, deoarece din toate reacțiile Pirquet pozitive, un procent de 51,3% au fost la elevii subnutriți și 48,7% la cei normal sau supranormali. Totuși se observă o ușoară creștere a reacției pozitive la elevii subnutriți.

În ceea ce privește frecvența cutireacției pozitive pe grupe de vârstă, am constatat un procent pozitiv aproape uniform, reprezentat pentru toate clasele, în clasa I-a fiind de 49,8%, iar în clasa VII-a de 58,8%, la celelalte clase urcând progresiv dela cl. I-a spre cl. VII-a, în interiorul acestor limite, ceea ce denotă precocitatea infecției, pledând pentru o infecție câștigată în mediul exterior școlii, deci în familie, după cum vom vedea că mai pledează și alte observațiuni.

În familiile unde a existat sau există în prezent un caz de tuberculoză, cutireacția la tuberculină a fost în 88% pozitivă și chiar conduși de aceste reacții pozitive, am putut depista mai multe cazuri cu procese în stare de evoluție. În această privință reacția la tuberculină este concludentă și de o extremă importanță pentru depistarea tuberculozei.

Din cele 28 de cazuri cunoscute, 28% s'au găsit în familii cu 1—3 cazuri, 32% în familii în care în ultimii 5 ani au mai fost cazuri de t.b.c. și 19% la bolnavi cari au avut rude apropiate cu t.b.c., numai la 21% din cazuri nu am putut găsi antecedente tuberculoase.

Din precocitatea cutireacției pozitive, din conexiunea acestei cutireacții cu familiile unde s'au găsit infecții evolutive de t.b.c. și din repartizarea cazurilor cunoscute după familiile unde există sau a existat bolnav de tuberculoză, caracterul familial al infecției este suficient de evidențiat.

În cât privește starea materială a bolnavilor cunoscuți, numai 14% au o stare materială bună, 40% mediocră, 46% rea, iar în cât privește locuința, abia 7,2% locuiesc singuri într'o cameră, 3,6% cu încă o persoană, 39% cu 2—3 persoane, restul cu mai mult de 3 persoane, ceea ce a făcut posibilă infecția la mai mulți membrii a-i aceleiași familii, după cum am arătat mai sus.

În privința alimentației situația este așa cum am arătat-o mai sus și după cum rezultă și din cercetarea stării de nutriție a elevilor de școală pe care am amintit-o și asupra căreia nu mai revenim.

Se pare că există o legătură de cauzalitate între morbiditate și angajarea fie a însuși bolnavului, fie a unor membrii de familie la diferite întreprinderi din orașe. Astfel din cele 28 cazuri, în urma anchetei făcute am aflat că în 4 cazuri au fost angajați chiar bolnavii ca muncitori sau servitori în diferite orașe, în 5 cazuri au fost angajați alți membrii din familie, în 7 cazuri au fost militari din familie concentrați timp mai îndelungat.

Din punct de vedere medical, cele 28 cazuri observate în cursul anului 1943, ne permit a face următoarele considerațiuni:

După sex, 32% sunt bărbați (9 cazuri) și 68% femei (19 cazuri), deci o mare majoritate a femeilor, cum au observat și alți cercetători.

După repartizarea pe grupe de vârstă, avem următorul tablou:

Vârsta	Frecventa	
	Global	%
0—10 ani	3	10,7
11—20 „	7	25,0
21—30 „	5	17.8
31—40 „	7	25,0
41—50 „	2	7,1
51 — „	4	14,3

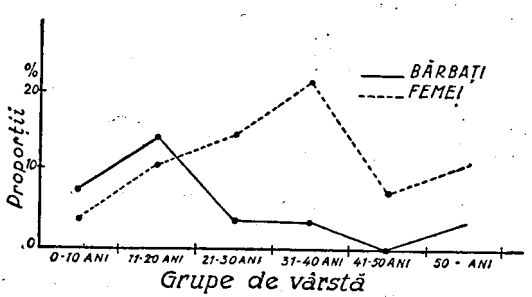
Frecvența mare a infecției la vârsta de 11—20 ani, pe lângă contribuția într'o oarecare măsură a pubertății în această epocă, e datorită precocității infecției din cauza caracterului net familial al ei, dând primo-infecțiuni grave favorizate de condițiunile nefavorabile de trai, ca vârstă, subnutriție, surmenaj în urma muncilor grele la care copiii sunt utilizați de mici, suprapopularea cu toate celelalte defecte a locuinței și ca urmare contagiunea masivă. In decada următoare morbiditatea scade cu ceva, datorită mortalității din perioada precedentă, pentru ca iar să se urce între 31—40 ani, această creștere datorindu-se infecției sau reinfecției masive, fie din mediul familiar fie din fabrici și orașe.

Tabloul comparativ de reprezentarea cazurilor pe vârstă și sex, ne dă un aspect mai interesant:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vârsta	Bărbați		Femei	
	Global	%	Global	%
0—10 ani	2	7.1	1	3.6
11—20 „	4	14,2	3	10,7
21—30 „	1	3 6	4	14.3
31—40 „	1	3,6	6	21,4
41—50 „	—	—	2	7,1
51— „	1	3,6	3	10,7

Grafic acest tablou are următoarea înfățișare:



Tuberculoza în comuna Boian după vârstă și sex.

Până la vârsta de 20 ani deci, tuberculoza este mai frecventă la băieți, însă după această vârstă femeile trec cu mult înaintea bărbaților, ajungând între 31—40 ani la maximul de cazuri, pentru a scădea apoi, dar a se menține totuși la un procent destul de ridicat chiar la vârsta de peste 50 ani. Pubertatea este epoca la care morbiditatea tuberculoasă începe să crească la femei, pentru ca ea să-și mențină curba ascendentă până după 40 ani, adică tot timpul cât femeia este la maximum utilizată în muncile grele agricole și casnice, debilitatea în același timp și de graviditate, de alăptarea și îngrijirea copiilor, în condițiuni de subalimentație, lipsindu-i măcar un confort elementar și un minimum de timp necesar refacerii și recreierii.

Ca forme clinice, cele 28 cazuri, prezintă următoarea localizare:

Localizare	Frecvența	
	Global	%
TBC pulmonară	16	57,1
„ pleurala	4	14,3
„ osteo-artic	3	10,7
„ peritoneală	2	7,1
alte forme	3	10,7

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din 28 cazuri, 57,1% sunt tuberculoze pulmonare și 42,8% celelalte forme de t.b.c. Procentul mai redus al formelor pulmonare se datorește faptului că formele cutanate, ganglionare, chiar osteoarticulare, se depistează mai greu, uneori numai incidental. Din aceste forme 82% au fost confirmate radiologic, în celelalte cazuri nu s'a făcut această examinare, dar simptomele clinice erau prea evidente.

Ca tratament 52% au fost internați în spital sau sanator și tratați rațional, restul la dispensar sau domiciliu prin inj. de calciu și alte medicamente uzuale.

Pentru o acțiune eficace de combatere sunt necesare măsuri urgente care să fie adaptate condițiilor speciale din mediul rural și între cari principalul loc îl ocupă acțiunea de depistare și apoi de izolarea bolnavilor cu t.b.c. confirmată.

Depistarea, condiție esențială pentru reușita luptei antituberculoase, se face azi cu totul insuficient și cu mijloace reduse și cazurile de tuberculoză pe țară sunt cu mult superioare celor cunoscute. Care sunt posibilitățile practice în această direcție?

Un mijloc extrem de util este cutireacția Pirquet a elevilor de școală, metodă de orientare rapidă, ușor de aplicat, de o completă inocuitate și care ne conduce în foarte multe cazuri la sursa de infecție. Această metodă s'ar putea generaliza cu multă ușurință și obligativitatea ei la elevii de școală, la extrașcolari și premilitari, ar aduce mari servicii, dar numai atunci când ea ar fi urmată de un control a tuturor familiilor cari au copii cu reacțiuni pozitive. Acest control ar putea lua

aspectul unor anchete sociale la care să participe medicul şi sora de ocrotire, astfel ca depistarea să înceapă chiar în familie. In acest mod s'ar putea descoperi un mare număr de bolnavi.

Aceste mijloace, cu toate posibilităţile lor, sunt totuşi insuficiente pentru a depista toate îmbolnăvirile, dar mai ales cele incipiente, recuperabile. Pentru ajungerea acestui ţel, radiografierea în masă este condiţia fără de care nici cum nu vom putea avea rezultate practice în combaterea tuberculozei. De sigur că realizarea acestei măsuri este condiţionată de mari greutăţi, totuşi s'ar putea lua de exemplu acţiunea întreprinsă de grupul etnic german, care, cu ajutorul unei echipe de medici şi a unui aparat de microradiofotografiere, a cutreerat toate satele cu populaţie săsească din Ardeal, executând examinări radiologice în masă. S'ar putea creea şi la noi măcar 2 echipe cu tot atâtea aparate pentru fiecare inspectorat sanitar, cari după un plan stabilit şi eşalonat pe judeţe, ar putea executa aceste examinări. Cheltuielile necesitate de cumpărarea aparatelor şi de întreţinerea lor şi a echipelor, ar fi compensate prin rezultatele pozitive de durată şi adâncime ce s'ar obţine, de pe urma muncii lor.

Până la realizarea acestui deziderat, să se amplifice secţiile de tuberculoză existente azi la spitalele judeţene, precum şi serviciile de radiologie ca să poată face cu uşurinţă examinări mai extinse a tuturor cazurilor din mediul rural, bănuite de infecţie tuberculoasă, singura cale care în împrejurările de azi ar fi accesibilă şi realizabilă în această direcţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceea ce priveşte izolarea, posibilităţile existente sunt şi mai reduse. Numai acei interesaţi ştiu câtă corespondenţă trebue purtată pentru ca un bolnav să fie primit într'un sanator şi nu arareori cel din Ardeal este trimis în Basarabia şi invers, producând în mentalitatea regionalistă a ţăranului o depresiune psihică cauzată şi de depărtarea prea mare de familie. Secţiile de t.b.c. dela spitalele judeţene, amplificate aşa cum am preconizat mai sus, ar putea îndeplini acest rost, iar pentru tratamentul bolnavilor din faza incipientă, înfiinţarea sanatoriilor regionale, pentru 3—4 judeţe, este singura măsură care ar avea rezultate practice şi imediate.

In cât priveşte judeţul Târnava-Mică, condiţiunile în care ne găsim în această privinţă, sunt cu totul insuficiente şi fără posibilităţi de o acţiune mai extinsă. In acest judeţ nu avem azi, niciun medic specializat în problemele de tuberculoză, iar secţia de t.b.c. dela spitalul judeţean nu este organizată şi utilată pentru o acţiune de mai mare amploare şi cu posibilităţi largi de izolare şi tratament modern al tuberculozei, pentru a putea face faţă exigenţelor reale ale unei acţiuni extinse la întreg judeţul. De aceea creierea unei organizaţiuni antituberculoase preventivo-curative în acest judeţ şi punerea ei în funcţiune este urgent necesară, pentru ca bolnavii cu forme evolutive să poată fi scoşi din mediul lor şi să poată fi izolaţi şi trataţi.

Supravegherea bolnavilor izolaţi la domiciliu după ieşirea lor din spital sau sanatoriu, se va face în cadrul dispensarului, care prin medic şi soră de ocrotire, va ţinea un contact strâns cu bolnavul şi familia lui,

cu scopul de a face inofensive pentru totdeauna sursele de infecție odată descoperite.

Tratamentele ambulatorii uzuale și cu multă ușurință chiar pneumotoracele terapeutic s'ar putea face în cadrul acestui dispensar de circumscripție.

O altă posibilitate de acțiune în organizarea luptei antituberculoase este vaccinațiunea cu B.C.G., care va trebui extinsă la întreaga populație rurală și ea se va executa de surorile de ocrotire și de moașele rurale. Pentru acest motiv, comunele trebue să fie bine încadrate cu moașe instruite în prealabil în această direcție și tot așa și surorile de ocrotire.

Pentru ca medicul de circumscripție să poată cunoaște temeinic problemele legate de depistarea, izolarea și tratarea tuberculozei și pentru ca el să fie în stare de a semnala și primele simptome revelatoare de boală și să lucreze ca un specialist în ftiziologie, după cum crede că se poate și D-l D-r Irimescu, este nevoie ca el să fie pus în situația de a se familiariza cu aceste probleme, dându-i posibilitatea de a urma cursurile de perfecționare, în cadrul unei acțiuni dirijată de Minister și acordându-i un ajutor material suficient pentru a se putea susține la aceste cursuri.

Factorul primordial al politicei noastre sanitare, care stă la baza întregului edificiu al organizației de medicină preventivă și curativă și dela care se așteaptă remedierea tutulor fenomenelor patologice a mediului rural, singurul generator de energie, însușiri biologice superioare și depozitarul garanțiilor de existență a neamului (Prof. Moldovan), rămâne tot medicul de circumscripție și altfel nici nu poate fi. El trebue însă să fie igienist, internist, să cunoască bine mica chirurgie, să fie puericultor, obstetrician, ftiziolog, dermato-sifiligraf, stomatolog, pentrucă în fiecare zi i se pun, în mediul său, problemele cele mai variate din toate aceste compartimente ale medicinei și el, cu toate mijloacele de invistigație reduse de care dispune, se năzuiește să facă față cu cinste acestor îndatoriri. Pentru ca rezultatele muncii sale să fie optime și pentru ca el să poată corespunde întru totul obligațiunilor ce-i sunt date, trebue să fie în permanență ținut la curent cu toate mijloacele pe care știința le oferă pas de pas. Noile lucrări ale Ministerului Sănătății în domeniul medicinii preventive, sunt prețioase îndrumări și un început meritoriu pentru a creea bazele unei biblioteci de documentare a serviciilor sanitare rurale, iar în domeniul clinic, singur aceste cursuri de perfecționare amintite mai sus, ar putea îndeplini nevoile științifice ale medicului rural, pe cari el însă, din proprie inițiativă, este în imposibilitate de a le urma, din motive asupra cărora nu e locul să insistăm aici. Paralel cu această acțiune, dispensariile rurale, ca mijloace de luptă, să fie utilate cu mobilierul și toată aparatura necesară.

Un element important în combaterea tuberculozei este acțiunea de propagandă sanitară și de educare a maselor, în care scop conferințele ținute în cadrul „Astrei", a Căminelor Culturale, a cursurilor țărănești, a școlilor țărănești, organizând și educarea și îndrumarea tineretului școlar, extrașcolar și premilitar, precum și broșurile de propagandă editate de Minister, constituie elementele principale ale acestei acțiuni la care toți factorii cu oarecare răspundere față de mediul rural trebue să fie an-

gajați. O importanță covârșitoare și care trebue paralelizată cu acțiunea de ridicare culturală, o are redresarea nivelului economic și a standardului de viață a populației rurale, care influiențează în mod categoric spre bine endemia tuberculoasă.

Realizările minime expuse mai sus, de o imperioasă necesitate și urgență, trebue să încadreze acțiunea de combatere a tuberculozei, iar cu privire specială la județul Târnava-Mică, să se înfăptuiască deziderатul exprimat mai sus, fără de care, în împrejurările în care se găsește endemia tuberculoasă în mediul rural, orice altă măsură este iluzorie și munca depusă este zadarnică, cu rezultate practice minime, cari nu vor putea împiedeca răspândirea acestei plăgi sociale.

Jminol

luat la timp
suprimă accesul
iminent de

Astm.

Forme de prezentare:
Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

PRACTICA ILICITĂ A MEDICINEI IN ROMÂNIA

de

D-r ST. MATACHE

Profitând de marea svârcolire a doritorilor de bine pentru sănătatea publică în țara noastră, încerc din nou — și cu mai multe speranțe — să strig suferința corpului medical românesc și corect, în privința practicei ilicite a medicinei, ajunsă într'un hal, care:

— roade vertiginos prestigiul științei medicale;

— sfidează toți anii de muncă cinstită ai studentului român;

— batjocorește toate sacrificiile părinților — care-și rup o parte din viața lor, pentru a da un medic națiunei;

— terfelește și prostituiază arta — zisă pe vremuri — „nobilă" a tămăduirii, prin categorica ignoranță a multiplilor intruși — iliciți, creștini și evrei (evreii, chiar cu diplomă sunt considerați clandestini când practică medicina pe creștini);

— roade sănătatea națiunei prin incompatibilitatea lor — soră forțată cu șarlatanismul — făcând diagnosticuri și executând tratamente criminale la adresa științei medicale — iar, față de legi — convinși de nepunerea lor în aplicare — rânjesc — și sfidează mai departe sudorile și frunțile încrețite ale celor ce — cu mult elan și sacrificii — și-au ros coatele o parte din viață, pe băncile facultății și la căpătâiul suferinzilor.

In viața științifică — corpul medical, cunoaște și recunoaște, atâtea și atâtea cazuri ivite în clientela particulară și de spital, în fața căruora — chiar medicul — așa împovărat de învățătură cum este — rămâne neputincios, discutând viața pacienților în consulturi, făcând tratamente simptomatice și — nu rareori — lămurindu-se la masa de anatomie patologică.

Câtă sbatere, câte clipe, zile și nopți de neliniște, câtă suferință morală, câtă responsabilitate, sunt rezervate vieții de medic.

Ce poate dar să știe un clandestin, de cele mai multe ori cu școala primară la bază (la oraș — fiindcă la țară... nici atâta nu au — ei nu trimet bolnavii cu bilete la farmacii și-și prepară singuri faimoasele leacuri), la cari unii au mai adăugat și școala de „feloeri" pe care, când o termină — o decretă facultate de medicină, și... se apucă intens de practică.

Ce poate să ştie un farmacist — care, în majoritatea cazurilor, răspunde la orice plângere cu leacuri din farmacia d-sale, sau chiar cu un preparat al d-sale — şi numai rareori poate fi auzit: „Să vă duceţi la un medic".

De ce oare — când se instalează un medic într'un oraş — de multe ori ştiut de tot oraşul că este medic — legea — prin preşedintele judeţean, îl somează imediat să se înscrie în colegiul medical, fapt — fără de care — cu toate că este încărcat cu toate actele doveditoare ale filierei prin care a trecut, plus Monitorul Oficial cu libera practică, nu poate practica medicina?

De ce nu ţi se publică libera practică până ce nu ai obţinut titlul academic?

De ce nu ţi se dă acest titlu academic — până ce nu ai susţinut o teză, până ce nu ai muncit o viaţă, până ce nu ai consumat o avere, până ce nu ai palpitat şi ai transpirat la 30 de examene?

De ce examen de admitere, de ce liceu, de ce toate acestea??

Pentru ca apoi — tu să te instalezi (noui cheltuieli), să plăteşti fiscul, să ai responsabilităţi de toate genurile — iar medicina să o practice iliciţii şi străinii de neam?

Medicului i se cere ultima formalitate îndeplinită, pentru a practica, dar clandestinului niciun punct de lege nu i se aplică, pentru a părăsi imediat terenul pe care — inconştient — a păşit; farmacistul n'are nicio somaţie de a nu mai da consultaţii, iar medicul evreu consultă — cu toate talentele lui — mai departe şi nederanjat, la pacienţii creştini.

Acestora, nimeni nu le cere acte, nimeni nu-i urmăreşte, nimeni nu-i somează, şi — dacă se întâmplă să facă cineva acestea — rezultate în fapt nu se văd — şi „lepra" profesiunei medicale se întinde, în ochii celor cari au menirea s'o sugrume.

Despre avorturi să nu mai vorbim, că ne ia în râs moaşele şi medicii evrei — cari se servesc de nouile legi... numai pentru a documenta mărirea onorariului.

Războiul m'a purtat prin atâtea oraşe, încât, pot conclude că această stare de lucruri este în întreaga ţară, dar totuşi — dorind să mă documentez — voiu luă ca exemplu oraşul Turnu-Severin, unde subsemnatul practic specialitatea dermato-venerică, iar soţia mea stomatologia şi voiu începe a exemplifica problema, din două puncte de vedere: profesional (cu tot cortegiul de consecinţe asupra medicului, bolnavului şi colectivităţii) şi material.

A) Din punct de vedere profesional:

Afară de marea chirurgie — în toate ramurile medicinei — sunt clandestini, se oferă ştiinţa medicală a farmacistului şi se consultă de către evrei, — pacienţi de orice naţie.

Din faptele lor decurg inevitabilele efecte — după caz — ale ignoranţei şarlatanismului, dureroase pentru medicul lovit în amorul propriu şi în profesiune, dureroase pentru individul pacient, — care — numai la urmă vede — dacă vede — că a păşit greşit pentru el şi în multe cazuri, pentru urmaşii lui — dureroase pentru neamul lovit în rădăcină — sfidătoare pentru cei ce se sbat să rezolve problemele de sănătate şi de eugenie în această ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Să-mi fie permis să dau cazuri concrete:

CAZUL No. 1. — Bolnava M. E., de 48 ani, casnică, văduvă, vine la consultație — suferind de un an și ceva. Prezintă pe nas o leziune ulcero-cruștoasă, de cel mai expresiv tip epiteliomatos. Bolnava referă, „m'a trimis o femeie la D-l F. felcerul, care mi-a spus că am o eczemă și mi-a garantat că mă va face bine cu injecții **direct în vână**". „Într'adevăr, că mi-a făcut injecții foarte tari, de-mi veneau niște călduri prin corp de credeam că leșin. Am făcut mai multe serii — cu 6.000 lei seria — și — dacă am văzut că nu mă vindec — nu mai m'am dus. D-l A. S., frizer, mi-a spus să viu la Dvs., fiindcă sunteți doctor de boli de piele, de aceea am venit..., și..., la Dvs.".

Am îndrumat-o la București pentru radioterapie și i-am încasat și onorariul de... 200 lei.

Concluzia: a) după 6 săptămâni revine și blesteamă pe D-l F. felcerul (nu poate să mai cheltuiască pentru a-i deschide o acțiune în tribunal) și pe femeia care a trimis-o la el; b) boala nedepistată la timp — neglijată — cicatrice depresivă; c) bolnava exorocată de câteva ori 6.000 lei; d) știința medicală sfidată, începând dela noțiunea de profilaxie a cancerului; e) medicul practician este lovit în toate sensurile de destrăbălarea clandestinismului — și f) D-l F. felcerul, a continuat și își continuă îndeletnicirea.

Trebue să adaug: acestui om i s'a făcut o descindere și s'a constatat că are cabinet, sală de așteptare și — mai mult — a fost găsit chiar consultând.

Măsurile luate: Sigilarea cabinetului și — după 24 ore — „desigilarea". Cum, de ce? Nu se știe. Există acte la Parchetul Tribunalului Mehedinți și Colegiul Medicilor Mehedinți.

CAZUL No. 2. — Bolnavul G. V., de 17 ani — lăcătuș mecanic — tratat de ulcer veneric — diagnosticat „moale" de către felcerul C. — A fost trimis de acest felcer la consultațiile subsemnatului, bolnavul prezentând o boală de piele — spunându-i că el nu se pricepe în boli de piele —... Avea o rozeolă sifilitică....

Concluzii pentru: bolnav, colectivitate, națiune... inutil.

D-l felcer C. se ocupă și astăzi cu aceeași meserie, când fără se sbate să curme veneriile.

CAZUL No. 3. — Bolnavul S. M., 22 ani, necăsătorit, vânzător de prăvălie, este tratat de blenoragie — cu vaccin antigonococic — de către felcerul S. Se prezintă la consultațiile subsemnatului — neputându-i da același diagnostic, după examinările clinice și microscopice făcute.

Examenul cistoscopic trădează o leziune vezicală tipică tbc.

Comentariile... inutile.

CAZUL No. 4. — Bolnavul S. C., 23 ani, căsătorit, chelner, greutatea 72 kgr.; cu trei ani înainte contractează un sifilom primar, îl tratează după sfatul prietenilor, trei săptămâni — se complică — își face analiza sângelui, cu rezultatul: intens pozitiv. Se prezintă la D-l P. (fost student în medicină acum 30 ani) și-i administrează Neosalvarsan, doza 1, 2, 2, 4 și 5 câte odată (total 12 gr., 25) — leziunea se vindecă, bolnavul a fost declarat vindecat, onorariul încasat.

După doi ani, se căsătorește — soția observă la un timp după căsătorie apariția unor leziuni perianale (neagă concomitența leziunilor eruptive cutanate sau pe mucoasa bucală) și vulvară. Se arată soțului — care — îi pune diagnosticul ad-hoc: **„Opărcală"** și-i aplică zilnic o alifie luată dela farmacie — timp de 4 săptămâni, după care, leziunile inițiale dispar, dar

îi rămân pe labiile mici niște „creșcături" cari nu cedează la aceeași alifie.

In această situație se prezintă la consultațiile subsemnatului — fără ca să știe soțul. Examinată clinic, prezintă: papilome genitale. Dat fiind concluziile anamnezei și necesitatea extirpării papilomelor, o invit să vie a doua zi cu soțul — și au venit — aflând realitatea mai sus redată.

R. Wassermann — la ambii — intens pozitiv.

Concluzii: iată un sifilis care o ia spre națiune, pe baza verdictului unui criminal.

CAZUL No. 5. — Doamna A. L., 36 ani, căsnică — se căsătorește cu un distins profesionist. La câteva zile după căsătorie, prezintă o scurgere vaginală — pe care — neavând-o și mai înainte — o pune în vina soțului. Acesta, nevinovat — nici măcar cu vreo blenoragie în antecedente, nici în momentul acestui proces conjugal — o acuză pe soție și — fără a aștepta să-i apară și lui o scurgere, o prezintă imediat, de data aceasta (dureros) unui medic străin de specialitatea venerologică, care-i pune diagnosticul rapid: blenoragie.

De sigur — scandalul ia dimensiuni și declanșează hotărîrea divorțului din partea soțului. Soția se tânguie, susținând că n'a suferit în viața sa de așa ceva și-și exprimă părerea că ar fi bine să se prezinte la subsemnatul, ca specialist — dar nu poate (mentalități) — fiindcă mă cunoaște și o cunoaște întreaga mea familie.

Soțul (străin de oraș) — auzind de existența unui specialist, insistă și-i dă ca un ultim favor — posibilitatea de a se apăra consultându-mă.

Rezultatul examenului microscopic din uretră și cervice: floră microbiană banală. Diplococi Neisser absenți.

Interpretarea acestui fluor alb accentuat: reluarea în plin a contactelor sexuale, după o abstinență apreciabilă.

Pacienta este îmbrățișată de soțul ei — sunt sănătoși și astăzi.

CAZUL No. 6. — Bolnavul P. T., de 17 ani, agricultor, G.-M.-Mehedinți: contractă un ulcer veneric, fiind la țară. Își ascunde suferința timp de o săptămână, după care se duce la unchiul său și-i destăinuie necazul. Unchiul său (I. C.) — reputat în arta tămăduirii trece la fapte: desbracă copilul complect — îl lasă să stea în picioare — îi plasează o strachină cu cărbuni aprinși între picioare — îl înconjoară dela gât până în pământ cu o cergă (lăsându-i numai capul afară) — ridică puțin poalele cergii și — dintr'o sticlă — toarnă mercur metalic peste cărbunii aprinși. Urma să stea o oră așa, dar — după un sfert de oră — pacientul nu a mai putut să mai reziste acestor fumigații și i s'a făcut rău. A fost pus la pat. Revenindu-și după câteva ore, a simțit dureri vii peniene și a constatat și o fimoză pronunțată. Concomitent: grețuri, vărsături și diaree. In cursul celei de a doua și a treia zi, a observat apariția unei serii de bule pe toată suprafața fimozată a penisului și o înnegrire a întregului organ. Diareele se mențin până la 20 scaune pe zi. Alimentația este imposibilă, bolnavul vomând după orice ingestiune. Inevitabil — mama sa află realitatea și-l duce imediat la spitalul din Cujmir, cu consemnul solemn de a nu denunța fapta și pe făptaș. Medicul spitalului, un apreciat confrate — este pus în fața unei gangrene peniene, fără a putea smulge datele deductive asupra originei — însoțitorii victimei fiind toți muți — conform consemnului. După o serie de prescripțiuni incumbate de starea de fapt — bolnavul este luat și internat la 7 Septemvrie 1943 în Spitalul Grecescu din T.-Severin, unde am fost chemat să-l consult.

N'am mai putut constata decât că: întreaga porțiune pendulantă a penisului se detașase complect — lăsând în loc un bont ulceros — la un pacient, de aspect cadaveric. S'a propus transpunerea lui la Serviciul Chirurgical. In aceeași zi — am adus cazul la cunoștința Medicului Primar de Județ.

Concluzii: un clandestin, șterge de pe lista generatorilor de mâine, un tânăr de 17 ani.

B) Din punct de vedere material:

Pe de-o-parte, aplicând bolnavilor tariful minimal al colegiului

local, aceştia renunţă... pentrucă D-nii X, Y, Z, fac pansamentul cu 20 lei, injecţia „la cabinet" cu 15 lei, injecţia la domiciliul bolnavilor cu 20 lei, etc., etc.. Pe de altă parte la fisc ţi se spune: „D-voastră sunteţi singurul specialist în oraş".

Trebue să menţionez că — din numărul bolnavilor acestei ramure de medicină socială — pe care o practic exclusiv — peste 3/4 au trecut mai întâi pe la diferiţi clandestini.

Forţat de spaţiul limitat — mă opresc la acest număr de cazuri — destul de expresive — pentru cele enunţate în introducere.

Să nu omitem situaţia stomatologilor şi a stomatologiei, cari din punct de vedere al clandestinismului — este şi mai dureroasă.

In T.-Severin — ca şi în marea majoritate a oraşelor româneşti — un tehnician evreu — isgonit din Piteşti şi Tg.-Jiu, după ce a făcut multe victime — s'a instalat drept în mijlocul oraşului şi — pentru a nu mai fi eventual deranjat... s'a paravanat de o diplomată — tot evreică — lucrând românimei noastre, în ciuda tuturor legilor cari spun că evreii vor lucra numai la evrei; — Evrei nu prea sunt la Severin, dar Severinul este — prin excelenţă — oraşul ilicitismului medical. Ca atare: nu-s deranjaţi de nimeni.

Un alt evreu, lucrează sub titulatura unui sanatoriu.

La dispensarul C.F.R. din localitate — deşi în oraş există medic român stomatolog — girează postul de stomatolog un tehnician cu nume suspect, care face clientelă vastă şi în oraş. Medicul şef al dispensarului, declară că este aprobat de Serviciul R. din Timişoara, ca şi când Serviciul R. din Timişoara, este acel care dă libera practică doritorilor de aventuri profesionale.

Drept este, că acum un an şi jumătate, i s'a făcut o descindere şi i s'au confiscat ustensilele stomatologice, dar... şi-a cumpărat altele... şi-a făcut şi o casă nouă şi acum — este „ŞEF" înconjurat de câţiva asistenţi.

Un alt clandestin evreu, cade victima sigilării tuturor ustensilelor stomatologice din cabinetul său, dar... a continuat şi continuă stomatologia şi astăzi.

Un altul — tot evreu — care vara făcea curse cu maşina T.-Severin—Strand — în restul anului practică stomatologia.

Fiecare îşi cam are cartierul său şi taxele sale de atracţie (la care mai adaugă şi criticarea stomatologilor, comunicând bolnavilor că mergând la aceşti reprezentanţi ai ştiinţei, nu fac decât să plătească dublu... întrucât lucrarea o execută tot tehnicianul, în timp ce medicul stomatolog din oraş, plăteşte fiscul „ca singur stomatolog la întreaga populaţie" şi rămâne cu satisfacţia că respectă regulele deontologice şi tarifele fixate de colegiu — neprostituând medicina, prin onorarii derizorii.

Concluzii generale:

1. Şarlatanismul medical în România — pare că l-a întrecut pe cel al epocei sale — citit în Istoria Medicinei.

2. Organele de control şi supraveghere — prin inactivitatea lor — încurajează tendinţa spre rapida prostituare a acestei frumoase, nobile şi cândva — mult respectată artă a tămăduirii.

ANUL AL XVII-lea

Inscrisă în registrul publicațiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 8-12/1944

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

D-nii: Agregat A. BABEȘ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Buc.), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Buc.), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (București), Prof. I. ENESCU (Iași), Conf. A. GEORGESCU (București), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAȚIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEȘTI (București), Doc. D. IONESCU (București), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Conf. E. LAZEANU (București), Prof. N. LUPU (București), Prof. C. MIHAILESCU (București), Conf. M. NASTA (București), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (București), Profl. GH. NICULESCU (București), Prof. I. NICULESCU (București), Prof. P. NICULESCU (București), Agregat D. PAULIAN (București), Conf. I. PAVEL (București), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (București), Conf. T. SARAGEA (București), Agregat D. SIMICI (București), Prof. M. STURZA (Sibiu), Prof. B. THEODORESCU (București), Prof. P. TOMESCU (București), Prof. I. TUDORANU (Iași), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iași), Conf. AL. CRĂINICEANU (București), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (București), I. GLĂVAN (București), Prof. N. HORTOLOMEI (București), Prof. I. IACOBOVICI (București), Agregat I. JIANU (București), Agregat G. MARINESCU (București), Prof. D. MANOLESCU (București), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (București), Doc. POPESCU-BUZEU (București), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (București), Prof. I. ȚEȚU (București), Prof. DAN TEODORESCU (București), Conf. P. VANCEA (Iași), Doc. D. VASILIU (București).

Din „SUMARUL" No.

următoare

P. COSAC şi ŞT. CÂRCIUMARESCU (Braila): Asistenţa medicală la sate şi medicul de plasă.

I. RĂDVAN (Bucureşti): Intolerance hepatique et sulfamidotherapie. Ictere sulfamidique precoce.

I. GHITEA (Alba-Iulia): Raport asupra stării de sănătate a Moţilor din jud. Alba.

LELIA STOIAN şi ILARIE POPESCU (Tg.-Jiu): Studiul statistic pe 10 ani, în 10 comune din circ. Turceni şi Borăscu-Gorj. Morbiditate, cauze de decese, pe grupe de vârste şi sexe.

AMELIA DEMETRESCU (Craiova): Facerea în lumina actuală, facerea dirijată.

H. MAKELARIE (C.-Lung): Asupra tratamentului fizioterapic al astmului prin aer comprimat la băile Kreţulescu din Câmpulung. — Diciologia medicală.

Prof. GH. TUDORANU (Iaşi): Contribuţiuni la studiul asociaţiei diureticelor cu medicaţia acidă şi alcalină.

Prof. C. MOTAŞ: Imaginaţia în ştiinţă.

M. COPĂCEANU (Oraviţa): Tratamentul cervicitelor cronice cu Filhos.

V. GASNAŞ (Brăila): Oportunitatea terapeuticei naturaliste în pediatrie în special şi în medicina internă în general.

GH. GRAMA (Craiova): Tumoră rară a glandei parotide, operată şi vindecată fără sechele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AL. DANIEL şi FLORICA GRAMA (Craiova): Sulfamidele în tratamentul blenoragiei.

V. GASNAŞ (Braila): Progresele făcute în ultimele decenii în domeniul diagnosticului şi tratamentului bolilor inflamatorii ale căilor biliare.

N. I. ZAHARIA şi A. ZWIECK (Fălticeni): Consideraţiuni asupra unui caz de zona zoster. — Trombo-flebita sinusului cavernos şi meningita meningococică.

S. IRIMESCU: Intelectualul de eri, de astăzi, de mâine. Misiunea lui socială: Cetăţean activ şi dinamic.

AL. LAMBESCU şi P. TRIFON: Observaţiuni clinice referitor la Chirurgia vasculară în spitalul Z. I. 382.

Laboratoires „HEMOSTYL" - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI
PRIMITE LA REDACȚIE *)

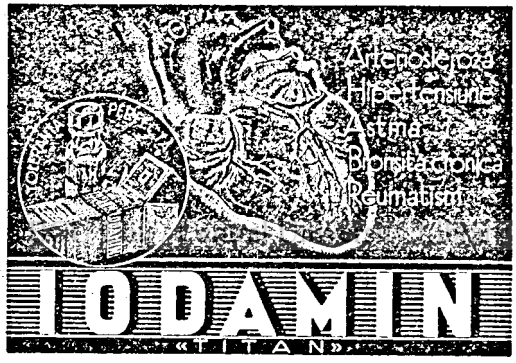
G. BANU: Tratat de medicină socială. Vol. IV. Tuberculoza. Bolile venerice. Casa Școalelor. 1944.

I. MANTA și AL. CIPLEA: Metodele laboratorului clinic. Tip. „Cartea Românească" din Cluj. Sibiu, 1944.

Prof. D-r ARTUR LAEWEN: Chirurgie de război. Traducere de D-r G. Băjeu, „Ramuri", Craiova, 1944.

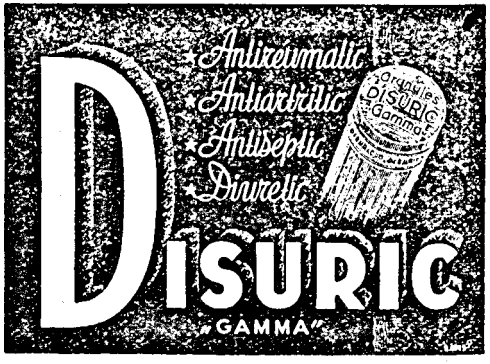
Prof. I. GOIA: Infecția de focar. Tip. „Dacia Traiană", Sibiu, 1944.

Docent V. LIVIU CAMPEANU: Boala postoperatorie. Reforma tratamentului chirurgical. Ediția II. Tip. Vlădescu, C.-Lung—Muscel, 1944.



MEDICAȚIUNE IODATĂ INTENSIVĂ

DISOLVANT ȘI ELIMINATOR AL ACIDULUI URIC

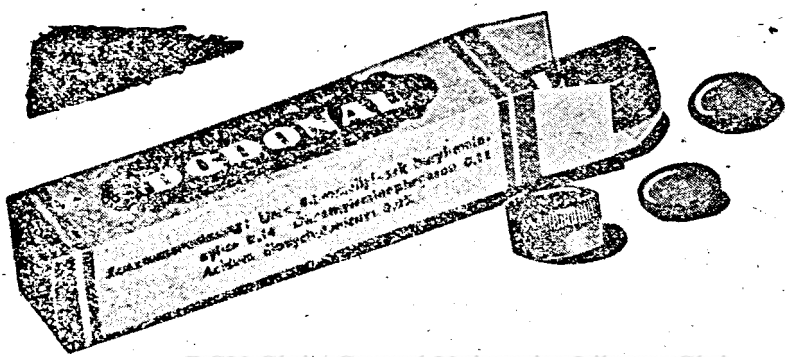


Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

---

*) Din cauza greutăților de tipar și a reducerii cuprinsului revistei, prezentarea către publicul medical românesc a acestor lucrări se va face în numerele viitoare.

Dodonal



BCU Cluj / Central University Library Cluj

INLĂTURĂ AGRIPNIA ŞI
IN CAZURI DE DURERI

PENTRU TRATAMENTUL PERORAL IN TUBURI CU CÂTE 10 DRAGELE à 0,3 Gr.

Riedel de Haën Aktiengesellschaft

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK, BUCUREŞTI III, STRADA GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
R. FOREK: Combetin-Myocombin „Boehringer-Soehne"	463
— — : Perlatan Calcium „ „	548
— — : Dorital „ „	554
— — : Flavolutan „ „	464
— — : Noctal „Riedel"	518
— — : Dodonal „Riedel"	441
— — : Bronchisan „Atmos"	443
— — : Aburi Tămăduitori „Atmos"	532
— — : Leucotropin „Atmos"	536
— — : Carbo-Ormalon „Riedel"	512
— — : Verodigen „Boehringer-Soehne"	540
LUTEȚIA: Inotyol pudră și pomadă „Lab. D-r Debat"	500
— — : Lavatif Gobey „Lab. Gobey"	508
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	528
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	439
MEDIROM: Gargarisme — Antiseptol „Chauvin"	450
G. RICHTER: Acitophosan, Chinaether	567
ROMIGEFA: Atebrin, Plasmochin „Bayer"	444
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	440
— — : Calcifix, Anemoton „Gamma"	511
— — : Ulmara „Gamma"	551
— — : Silental	454
SANDOZ: Calcibronat	547
SPECIA: Anthiomaline	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	565
STANDARD: Mandelat „Asta"	480
— — : Thionaïodine. Naïodine „Logeais"	471
— — : Opocalcium, Agocholine „Zizine"	458
— — : Iodamelis-Opoiodamelis „Logeais"	472

Biblioteca Universitară Iuliu Haţieganu Cluj

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accesiilor de astm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru Romania, Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

In tratamentul malariei

ATEBRIN

Asigură un tratament scurt
acţiune foarte intensă
şi absenţa tuturor fenomenelor secundare.

Ambalaje originale:
Tablete şi fiole

PLASMOCHIN

Preparatul indicat pentru distrugerea gameţilor şi prevenirea recidivelor.

Ambalaje originale:
Tablete şi fiole.

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. — Tel. 6.01.80

3. Toți nechemații practică nederanjați această importantă misiune în Stat — natural — după cum am arătat — cu inevitabilele neajunsuri și chiar crime la adresa bolnavului, a națiunei și a profesiunei de medic — medicii fiind învățați să creadă că medicina este un monopol exclusiv al drepturilor câștigate — cu multă trudă și sacrificii.

4. Stomatologia — ca ramură pur medicală — tinde a se desființa înainte de a fi pusă definitiv în drepturile ei.

5. Națiunea, să nu spere la rezultate practice prea eficace — în urma marilor preocupări enunțate de curând în favoarea sănătății publice — atâta timp cât terenul pe care lucrează medicul este pângărit de toți șarlatanii și sfidătorii legilor, care-l obligă să-și părăsească buna voie și bunele intenții, pentru a rătăci prin spinii clandestinismului, în căutarea unei bucăturl de pâine.

Și acum — fac o încercare de propuneri — cu speranța că acestea să fie auzite cu o clipă înainte de totala și iminenta prăbușire a profesiunei medicale, în mocirla clandestino-israelită.

1. Să se reamintească, în formă de legi drastice, principiile de practică a medicinei ca monopol exclusiv în mâna medicilor, prevăzându-se sancțiuni severe, atât pentru cei ce practică ilicit medicina, cât și pentru cei ce cer concursul acestor intruși.

2. Să se invite colegiile medicale județene, asupra unei aspre supravegheri a practicei ilicite a medicinei, făcându-se răspunzătoare în fața cazurilor nerezolvate (deci să nu ni se mai răspundă: „n'am ce-i face").

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3. Să se preconizeze onorarii fixe, sau în orice caz cu limită inferioară adecvată timpurilor și quantumului de scumpete al vieții, pentru ca medicul să poată trăi în condițiunile cerute de onorabilitatea profesiunei și — pentru a se evita incompatibila luptă prin concurență.

4. Să se reamintească — în mod sever — obligativitatea specificării pe firmă „medic evreu", pentru toți evreii medici și să li se aducă la cunoștință — sub sancțiuni efective — că semnificația acestui adaus corespunde interzicerii categorice de a consulta și trata pacienți creștini. Să se indice sancțiuni și pentru medicul evreu și pentru creștinul care a cerut asistență medicală dela un evreu.

5. Să se stabilească în mod definitiv — drepturile tehnicienilor dentari asupra activității lor — pentru a nu mai continua — sub această mască — să practice medicina stomatologică pură.

6. Să se invite medicii instituțiilor de Stat, la o strictă supraveghere a personalului auxiliar în subordine — în și afara instituției — aceștia făcându-și clientele chiar dela instituțiile pe care le servesc, mergând la bolnav acasă sau venindu-le bolnavii acasă — pentru diferite motive și în diferite condițiuni.

7. Să se fixeze categoric dreptul farmaciștilor în ceea ce privește felul și numele medicamentelor ce le pot elibera fără rețetă medicală pacienților, cum și lipsa dreptului de a da consultații.

8. Să fie lămuriți: — agenții sanitari, moașele și întreg personalul auxiliar medical, că școlile ce le-au urmat și absolvit, nu le dă și dreptul de liberă practică a medicinei — arătându-le și sancțiunile se-

vere la cari vor fi supuşi, în caz de depăşirea misiunilor conferite de şcoala absolvită.

9. Să se oprească categoric şi sub sancţiuni severe reclamele de şanţate din ziare, reviste populare şi alte mijloace, asupra vindecării miraculoase prin diferite medicamente ale diferitelor farmacii şi case — despre a căror ineficacitatea este convins corpul medical — dar, lasă pe sătean şi pe orăşeanul simplu să alerge cu convingere după ele, îndepărtându-l de medic, sau apropiindu-l de el prea târziu, — când boala i-a devenit deja incurabilă şi a răspândit-o cu prisosinţă în jurul său.

10. Să se legifereze „Ocna" pentru cel ce se atinge — în orice mod, de monopolul medicinei — după cum în ocnă ajunge oricare altul care se dedă la îndeletniciri ce alterează noţiunea de monopol în ţara noastră.

Atunci — ţara va dispune de medici şi va putea sconta — cu sorţi de perfecţiune — toate intenţiile şi planurile de viitor pentru sănătatea neamului.

Este cineva să ne audă?

Este cineva să ia măsuri?

Este cineva să ocrotească concret, în fapt — profesiunea noastră?

Să-l vedem... îl aşteptăm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1. OPOCALCIUM IRRADIÉ Cachete. Comprimate. Granule
2. OPOCALCIUM Cachete. Comprimate. Granule
3. OPOCALCIUM Arseniat - Cachete
4. OPOCALCIUM Gaiacolat - Cachete

Laboratoarele
OPOCALCIUM
A. RANSON
Dr. in farmacie
96 RUE ORFILA
PARIS XX-e

Muzeul Colegiului Central Universitar

Colicistita cronică.-Congestia ficatului şi a căilor biliare-Icter şi Cholemie-Litiasă biliară

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
şef de laborator la spitalul SF. ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE
Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate
Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — Bucureşti

UN NOU DESINFECTANT IN OBSTETRICĂ „SAGROTAN"

de

D-r G. D. VINTILĂ
Medic primar

In puerperalitate, pericolul infecţiunilor exogene constitue atât pentru parturiente cât şi pentru medici — aproape singura grije de temut — ca actul naşterii şi lehuzia să se termine cu bine; în vederea acestui deziderat s'a descoperit un arsenal întreg de antiseptice care de cele mai multe ori corespund unilateral. Medicamentele acestea nu corespund unui complex de cerinţe adequate unei bune şi complecte desinfecţiuni a câmpului şi materialului sanitar etc.

Astfel, întrebuinţarea profilactică a diverselor desinfectante nu este lipsită de multe inconveniente, producând fie o asepsie insuficientă, fie o iritare a pielei şi mucoaselor — deschizând prin aceasta porţi noi de invazie, sau eroziuni ale mâinilor — mai ales în aceste timpuri când mânuşile de cauciuc lipsesc din ce în ce mai mult.

Este incontestabil că întrebuinţarea pe o scară întinsă a sulfamidelor în scop profilactic a redus în mod simţitor statistica infecţiunilor puerperale, însă această terapeutică preventivă nu ne scuteşte de a pune la adăpost organismul faţă de invazia microbiană, când se practică acte operatorii chiar şi de mică chirurgie.

Un bun desinfectant trebue să aibe o acţiune bactericidă, să distrugă germenii şi paraziţii normali ai pielei, să aibă o putere mare de îmbibaţie şi să nu fie nociv pentru piele. In obstetrică, spălatul mâinilor şi prepararea gravidelor pentru naştere, sunt măsuri de mare profilaxie a infecţiunei puerperale.

Aceste consideraţiuni ne-au determinat să întrebuinţăm în serviciu nostru un produs folosit în Germania încă de multă vreme. Acest desinfectant, *„Sagrotan"* este bazat pe acţiunea fenolului halogenat, în speţă a p-chlor-m-cresol recunoscută de Bechold şi Ehrlich; este aşa dar un amestec al p-chlor-s-xylenol cu efecte bactericide şi cu o toxicitate mult atenuată datorită halogenerei. Este uleios, fluid şi se disolvă în apă foarte uşor.

Soluţiunea pe care am întrebuinţat-o a fost de 0,5—1%; adică pentru prepararea unei soluţiuni de 1% (pentru spălatul mâinilor) se pune 1/2 lingură de Sagrotan la 1000 gr. apă. Spălarea mâinilor se face timp de 2—3 minute.

Pentru irigaţiile vaginale, a plăgilor supurate, difterizaţii, am întrebuinţat soluţiunea de 0,5—1% la un număr de peste 50 lehuze. Tratamentul a fost aplicat — de multe ori — mai ales acolo unde se bănuia că s'ar putea ivi o infecţiune, cum erau cazurile celor născute la domiciliu cu membrane rupte şi travaliul prelungit; de asemeni după controlul

uterin şi în unele cazuri cu lochii modificate, purulente — adică cu scop curativ cu efect salutar.

S'a întrebuinţat „**Sagrotan**"-ul la naşteri normale pe un număr mare de gravide, pentru desinfectarea câmpului, a. instrumentelor şi pentru spălatul mâinilor — cu urmări normale în post partum.

După câteva controale uterine precum şi în aplicaţiunile de forceps, desinfectarea cu Sagrotan în soluţiune de 2—5% a instrumentelor a dat rezultate concludente.

E. Wigert, dela Institutul bacteriologic din Saxa, a făcut probe în ceeace priveşte acţiunea bactericidă a acestui produs cu coli, bacilii febrei tifoide, streptococi, stafilococi, cu germenii holerici. Observaţiunile au fost făcute pe medii de cultură de Agar la 37°. Bacteriile întrebuinţate au fost distruse cu o soluţie de 0,5% Sagrotan, după o acţiune de două minute.

Prof. D-r Schottelius, din Freiburg, dă câteva date asupra lucrărilor lui Koch în ceeace priveşte desinfecţiunea. Astfel el a demonstrat că se poate mări valoarea desinfectantă a cresolului prin combinarea cu halogeni. *Laubenheimer* în lucrarea sa „Phenolul şi derivaţii săi" atrage atenţiunea asupra puterei bactericide a xylenolilor. Insă *Bechold* şi *Ehrlich* au observat că chlorxylenolul se disolvă foarte greu în apă. Amestecul de chlorxylenol şi chlorcresol disolvaţi într'un săpun gras, a făcut posibilă utilizarea lor în soluţiuni apoase. Acest amestec a fost creiat în laboratoarele casei *„Schülke & Mayr"* sub numele de SAGROTAN.

Din punct de vedere toxicologic, Sagrotan nu are efecte nocive; s'a stabilit că pentru un om cu o greutate de 75 kg. cantitatea de 750 gr. Sagrotan (corespunzând la 10 gr. pentru 1 kg.) nu poate fi nocivă.

Intrebuinţarea acestui desinfectant pentru desinfectarea instrumentelor rezolvă de asemenea o problemă importantă a asepsiei, pentru că înlătură fierberea sau flambarea lor. Pentru acest scop este suficientă soluţiunea de 2% adică o lingură la 1000 gr. apă. In această soluţie instrumentele trebue să stea 20 minute.

Pentru noi, în aceste împrejurări, Sagrotan răspunde cu prisosinţă scopului propus. Rămâne să-l experimentăm în materialul instrumentar pentru operaţiunile mari, abdominale, aşa după cum este recomandat de către medicii germani care-l folosesc cu un deosebit succes. Desigur că şi această utilizare ar constitui pentru practica curentă un ajutor extrem de avantajos prin calităţile sale de bactericid puternic, netoxic, foarte puţin costisitor şi nedeteriorând instrumentele pe care le desinfectează.

Din cele descrise mai sus reese că „Sagrotan-ul" este un desinfectant perfect; având o acţiune bactericidă puternică, nefiind iritant şi toxic, este un bun auxiliar al obstetricienilor, înlăturând fără teamă întrebuinţarea brutală a periilor şi a desinfectantelor iritante.

A fost întrebuinţat cu succes în scop profilactic şi curativ la asistarea naşterilor, controlul uterin, aplicaţiuni de forceps şi infecţiuni puerperale.

RUBIAZOL

ampoules *comprimés*

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE • FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES • SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

BCU Cluj / Central University Library

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL
calme instantanément la douleur

Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

Notă complimentară
la art „Cercetări asupra circulațiunii hipofizei"

(apărut în Mișcarea Medicală Română Nr. 7—8 1943 p. 407—408)

de

Prof. D-r V. Papilian—D-r I. G. Russu

Intr'o serie de cercetări făcute asupra circulațiunii hipofizei la câine și om, am ajuns la următoarele concluziuni:

1. Sistemul port „Rainer-Popa-Fielding" este o realitate anatomică;

2. Lobul posterior de care este anexat și lobul intermediar, are o circulație independentă de cea a lobului anterior;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3. Există un sistem port deservind lobul posterior, cu următoarea dispoziție: a) artera lobului posterior ce pleacă din carotida internă și pătrunde în lob pe partea posterioară a lui, mergând pe fața inferioară a cortului hipofizar, b) un sistem capilar în lobul posterior, c) trunchiurile vasculare (vânoase) în tulpina hipofizară, d) al doilea sistem capilar în tuber cinerum și în pereții ventriculului al 3-lea. Circulația are deci direcția hipofizo-talamică;

4. Lobul anterior posedă o circulație de tip obișnuit, arterele având origina în vasele meningeale, pătrund în lobul anterior prin marginea sa anterioară, iar vinele se îndreaptă în sistemul vânos al bazei (vine meningee-sinus cavernos).

Din literatura pe care am avut-o la dispoziție la data lucrării, nu am găsit nici un autor care să fii ajuns la rezultate similare. In timpul din urmă însă putându-ne procura tratatul: W. Möllendorff. Handbuch der mikr. Anat. des Menschen., am găsit în literatura citată de Romeis la capitolul „vascularizației hipofizare" (Bd.VI.1940) că Basir (1932), prin cercetările sale a aflat și el o deosebire de circulație între lobul anterior și posterior și că lobul posterior ar fi prevăzut cu un sistem port. Cum nu avem la îndemână lucrarea originală a lui Basir, nu putem ști până la ce punct rezultatele noastre se suprapun cercetărilor sale.

Ne facem o datorie de a arăta prioritatea lucrărilor lui Basir în sensul cercetărilor noastre.

* * *

SITUAȚIE

Privind mișcarea bolnavilor și rezultatele medicale obținute la Sanatoriul Moroeni în intervalul de timp dela 1 Aprilie 1943—1 Aprilie 1944.

Bolnavi aflați la 1 Aprilie 1943 451; Bolnavi internați dela 1.IV.1943—1.IV.1944 1547.

Deci:

Numărul total al bolnavilor tratați în Sanatoriul Moroeni dela 1.IV.1943—1.IV.1944, este de 1998.

Din cari:

Asigurați 995; M. A. N. 240; M. S. O. S. (cu plată) 68; L. N. C. T. (cu reduceri conf. Legii T. B. C.) 45; Cont propriu 136; C. F. R. 247; Casa Credit Finanțe 49; M. S. O. S. (gratuiți) 69; L. N. C. T. (gratuiți) 115.

Diferite Case și Instituții::

Casa Regală, Primăria Municipiului București, C. F. Ploești, Văleni, Uzinele Reșița, S. A. R. de Telefoane, Uzinele Titan-Nadrag-Calan, Oficiul Univerrsitar, Soc. Româno-Americană, Guvernământul Civil al Transnistriei, B. N. R., I. O. V. R., etc. 34.

Totalul zilelor de cură 170.682; Media zilelor de cură (pentru fiecare bolnav) 85; Numărul radioscopilor și consultațiilor clinice 22.356: Numărul bolnavilor cari au făcut pneumotorax: instituiri 411; pn. contin. 365. Total 776—38,83%; Numărul tratamentelor și extracții dentist 2064; Numărul ședințelor-fizioterapie și ultraviolete 518; Numărul pansamentelor 4800; Numărul radiografiilor și tomografiilor 3897, Numărul rețetelor efectuate 19.865; Numărul analizelor 5895 (spute 4278; sedimentări 1110; urine 406; examen lichid pleural 101).

Numărul operațiilor toracice:

1. Toracoplastii Semb. 45; 2. Pn. Extrapleurale 86; 3. Frenicectomii 14; 4. Jacobäeus 245; 5. Apendicite 4; 6. Diverse 10. (Peritonită apendiculară 1; hernii 2; pleurotomii 3; flegmon fesier 1; epididectomii 3). Total 404

Evoluția boalei: Din 1998 bolnavi, au eșit până la 1.IV.1944, 1309 și 217 bolnavi cari nu intră în statistică, deoarece, au stat în sanatoriu numai 10—20 zile.

La venirea în sanatoriu au fost:

Gradul I 385—29,41%; Gradul II 574—43,85%; Gradul III 350—26,74%.

La 1309 bolnavi eșiți, s'au obținut următoarele rezultate:

Foarte ameliorați 546—41,71%; Ameliorați 387—29,57%; Staționari 341—26,05%; Agravați 18—1,37%; Decedați 17—1,30%.

Din 1309 bolnavi, au venit cu bacili în spută, 810—61,87%, din care au plecat fără bacili 374—46,17%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LA INMORMÂNTAREA LUI PETRUȘ NICULESCU

de

D-r S. IRIMESCU

A murit profesorul Petre Niculescu, Petruș cum îi ziceam cu un diminutiv care arată cu câtă strânsă afecțiune eram legați de el: victimă și el, indirect dar tragic a bombardamentelor.

Dispare un om de o puternică inteligență, de o arzătoare vitalitate, de un dinamism în continuă acțiune. In vremurile actuale moartea seceră cumplit. Frontul e vorace dar și în interior când nu se moare de bombe, redeșteptate din focarele unde dormitau, sub presiunea nevoilor și lipsurilor a agitației frenetice și neliniștei care deprimă până la extenuare, rezistența organismului, boalele iau extensiune. Moartea devine banală și pierderea unui om, chiar de seamă trece neobservată.

Versurile lui Coșbuc îmi vin în minte:

„De rupi din codru o rămurea, ce-i pasă codrului de ea
Ce-i pasă unei lumi întregi de moartea mea".

Și totuși ar trebui să-i pese. Când dispare o personalitate în plină maturitate, care ar fi putut încă aduce contribuții de muncă de un mare folos, paguba e și pentru comunitate.

Nu e timpul și locul, acum în cadrul unei ceremonii care ne

scufundă în înduioşare şi amar, în oraşul de refugiu unde ne adăpostim să intru în enumerarea chiar rapidă deoarece ar fi fastidioasă a lucrărilor sale. Colaboratorii şi elevii lui vor şti să o facă cu ample desvoltări în comemorarea care i se datoreşte. Tratatul de farmacologie operă monumentală, care e sub tipar, îi va consacra definitiv numele pentru posteritate. Activitatea lui a fost fecundă.

Profesorul de farmacologie dela Cluj, apoi de clinică medicală dela Iaşi, pentru a reveni la specialitatea pe care o scrutase în toate amănuntele şi sub toate înfăţişările ei, la catedra de farmacologie din Bucureşti s'a ilustrat cu numeroase publicaţii a căror faimă a trecut de hotarele ţării.

Conferinţele pe care a fost chemat să le dea la universităţile germane şi italiene au fost foarte apreciate. Ceea ce l-a caracterizat în afară de lucrările lui aşa de importante în domeniul terapeuticei şi farmacologiei era cultura lui generală în toate ramurile cunoştinţelor omeneşti. Pentru muzică avea o deosebită predilecţie şi o cunoştea de aproape prin manifestările geniale ale marilor compozitori, pe care le asculta şi le şi executa ca o înaltă diversiune dela ocupaţiile lui de clinică şi laborator.

Având lecturi imense, el îmbrăţişa laturile atâtor domenii diverse în prelegeri, care uimesc prin pătrunderea de a le interpreta şi înţelege. Poliglot, desăvârşit, se exprima la conferinţele pe care le da la facultăţile de medicină de aiurea, în limba ţării unde era chemat să vorbească. Propagandist reprezentativ, neobosit şi fervent, afirma astfel calităţile de cultură şi de rasă ale poporului nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dispare un pasionat de tot ce e bun, adevărat şi frumos. E un mare gol care se produce în intelectualitatea românească. A murit un om pe care toţi cei ce l-au cunoscut, iubit şi apreciat trebue să-l regrete adânc.

Soţia lui, atât de încercată care l-a îngrijit cu atâta devotament, femee superioară şi ea o specialistă reputată şi cei doui fii ai lui, care fac studii strălucite la Oxford şi Zürich — departe de ţară, ei nu cunosc încă nenorocirea care i-a lovit — vor găsi în amintirea scumpă pe care toţi o păstrează lui Petruş Niculescu o consolare, atât cât poate fi una în marea durere care îi copleşeşte.